CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVIe SESSION — LIMOGES (25-30 JUILLET 1932)

COMPTES RENDUS

PAR

RENÉ CHARPENTIER

Secrétaire général

MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PRIX SANS MAJORATION
Décision du 25 Janvier 1927

80 FR.

MASSON & Cie

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVI[e] SESSION

LIMOGES (25-30 JUILLET 1932)



CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXVIe SESSION — LIMOGES (25-30 JUILLET 1932)

COMPTES RENDUS

PAR

RENÉ CHARPENTIER

Secrétaire général



MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

Je remercie MM. les docteurs E. Bauer, Dupytout, Laubie et Vidal, secrétaires des séances, dont l'active collaboration a permis de publier rapidement ce volume.

Qu'il me soit permis de remercier tout particulièrement M. le Dr E. Bauer, médecin-chef à l'Asile de Naugeat (Haute-Vienne) qui, depuis plusieurs années, et particulièrement à l'occasion de cette 36e session, a bien voulu consacrer une activité et un dévouement appréciés de tous au Secrétariat des séances et, en général, au succès du Congrès.

Pour la publication rapide de ce volume, M. Aug. Coueslant, imprimeur à Cahors, a fait un effort remarquable et mérite les félicitations que je suis heureux de lui adresser au nom du Conseil d'Administration.

René CHARPENTIER.

22 Août 1932.

PRÉLIMINAIRES

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION

Année 1932

Président : Professeur Euzière (de Montpellier).
Vice-Président : Professeur Georges Guillain (de Paris).
Secrétaire général : Dr René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine).
Trésorier : Dr Vignaud (de Vanves).
Membres élus pour six ans :

MM. Paul Courbon (de Paris),
Ern. de Craene (de Bruxelles),
M. Olivier (de Blois),
Henri Roger (de Marseille),
Van der Scheer (de Groningue),
Vignaud (de Vanves).

Année 1933

Président : Professeur Georges Guillain (de Paris).
Vice-Président : Dr L. Lagriffe (de Quimper).
Secrétaire général : Dr René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine).
Trésorier : Dr Vignaud (de Vanves).
Membres élus pour six ans :

MM. Paul Courbon (de Paris),
Ern. de Craene (de Bruxelles),
Art. Donaggio (de Modène),
M. Olivier (de Blois),
Henri Roger (de Marseille),
Vignaud (de Vanves).

XXXVIe SESSION

COMITÉ D'HONNEUR

M. STIRN, Préfet de la Haute-Vienne.
M. BETOULLE, Sénateur-Maire de Limoges, Président du Conseil Général.
MM. les Sénateurs et MM. les Députés du Département de la Haute-Vienne.
M. LENOIR, Premier Président de la Cour d'Appel de Limoges.
M. CAILLÉ, Procureur général près la Cour d'Appel de Limoges.
M. le Professeur RAYMONDAUD, ancien Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Limoges.
M. le Professeur BIAIS, Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Limoges.
M. le Médecin-Colonel PLISSON, Directeur du Service de Santé de la 12e Région.
M. le Président et MM. les Membres de la Commission de Surveillance de l'Asile de Naugeat.

BUREAU

Président : M. le Professeur EUZIÈRE, Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier.
Vice-Président : M. le Professeur Georges GUILLAIN, de Paris.
Secrétaire général : M. le Docteur René CHARPENTIER, de Neuilly-sur-Seine (Seine).
Secrétaire annuel : M. le Docteur CALMETTES, Médecin-Chef de l'Asile de Naugeat (Haute-Vienne).
Trésorier : M. le Docteur VIGNAUD, 2, rue Falret, à Vanves (Seine).
Secrétaires des séances : MM. les Drs E. BAUER, Médecin-chef de l'Asile de Naugeat (Haute-Vienne), DUPYTOUT, Médecin des Hôpitaux de Limoges, LAUBIE, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Bordeaux, et VIDAL, Chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Montpellier.

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

ALGÉRIE

Gouvernement général : M. le Professeur A. Porot, de la Faculté de Médecine d'Alger, délégué officiel du Gouvernement général de l'Algérie.

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE

American psychiatric Association : M. le Dr Owen Copp, ancien président.

RÉPUBLIQUE ARGENTINE

Université de Buenos-Aires : M. le Professeur honoraire Enrique B. Demaria.

BELGIQUE

Gouvernement belge : M. le Professeur Aug. Ley, Inspecteur général des Etablissements pour malades mentaux, délégué officiel de M. le Ministre de la Justice.
Société de Médecine Mentale de Belgique : M. le Professeur Divry, de l'Université de Liége, et M. le Dr Verstraeten, Médecin-Chef de l'Institut Caritas à Melle-lez-Gand.
Société belge de Neurologie : M. le Dr Ern. de Craene, Agrégé de l'Université de Bruxelles, et M. le Dr Moreau, Assistant à l'Université de Liége.

GRANDE-BRETAGNE

The Royal Medico-Psychological Association : M. le Dr Nathan Raw (de Londres).

FRANCE

Ministère de l'Education Nationale : MM. les Professeurs Henri Claude et Laignel-Lavastine, de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Paris.

Ministère de la Santé publique : M. le Dr Raynier, Inspecteur général des Services administratifs.

Ministère de la Guerre (Direction du Service de Santé) : M. le Médecin-Lieutenant-Colonel Fribourg-Blanc, Professeur de Neuro-Psychiatrie et de Médecine légale à l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire.

Ministère de la Marine (Direction Centrale du Service de Santé) : M. le Médecin en Chef de 2e classe Hesnard, Médecin de la Division d'Instruction de la 1re Escadre à Toulon.

Ministère des Colonies (Inspection Générale du Service de Santé) : M. le Médecin-Commandant Huot.

Conseiller Général de la Seine : M. le Dr Calmels, Conseiller Municipal de Paris, et M. le Dr Thévenin, Conseiller général, Maire de Charenton.

Préfecture de la Seine : M. Michaut, Chef du Service des Affaires Départementales.

Préfecture de Police : M. Vetel, Directeur-adjoint à la Direction de l'Administration et de la Police générales, et M. le Dr G. Gatian de Clérambault, Médecin en Chef de l'Infirmerie spéciale.

Commission de surveillance des Asiles de la Seine : M. Delaître, Conseiller d'Etat, et Me Chartier, avoué honoraire.

Société Médico-Psychologique : M. le Dr Marchand, Président; M. le Dr René Charpentier, Secrétaire général ; MM. les Drs Courbon et Paul Abély, Secrétaires des séances.

Société de Médecine légale de France : M. le Dr O. Crouzon, et M. le Professeur Fribourg-Blanc.

Société de Neurologie de Paris : M. Lévy-Valensi, Président ; M. le Dr O. Crouzon, Secrétaire général ; M. le Professeur Laignel-Lavastine, ancien Président ; MM. les Drs Fribourg-Blanc et Tournay.

Société Française de Psychologie : M. le Dr René Charpentier, Vice-Président.

HOLLANDE

Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie : M. le Professeur Dr W.-M. VAN DER SCHEER, de l'Université de Groningen.

ITALIE

Societa Italiana di Psichiatria, Societa Italiana di Neurologia: Professeur Art. DONAGGIO, président, Doyen de la Faculté de Médecine de Modène.

LUXEMBOURG

Gouvernement Grand-Ducal (Direction de l'Assistance publique et du Service Sanitaire) : M. le Dr HANSEN, Médecin-Directeur de la Maison de Santé d'Ettelbrück.

MAROC

Gouvernement Chérifien : M. le Dr DE LABRETOIGNE DU MAZEL, Directeur du Centre psychiatrique de Ber-Rechid.

PORTUGAL

Université de Coïmbra : M. le Professeur Elysio DE MOURA.

SUISSE

Société Suisse de Psychiatrie : M. le Dr W. BOVEN, privat-docent à l'Université de Lausanne.

TCHECOSLOVAQUIE

Université de Prague : M. le Professeur agrégé Jean SEBEK, de la Faculté de Médecine Tchécoslovaque.

PRÉSIDENTS DE SÉANCES

Ont été appelés par le Bureau à présider diverses séances du Congrès :

MM.

W. Boven, privat-docent à l'Université de Lausanne.
G.-G. de Clérambault, Médecin-Chef de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police.
D'Hollander, Professeur à l'Université de Louvain.
Divry, Professeur à l'Université de Liége.
Art. Donaggio, Doyen de la Faculté de Médecine de Modène.
Jean Lépine, Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Lyon.
Aug. Ley, Professeur à l'Université de Bruxelles.
Elysio de Moura, Professeur à l'Université de Coïmbre.
W.-M. Van der Scheer, Professeur à l'Université de Groningue.

LISTE

DES MEMBRES TITULAIRES
DE L'ASSOCIATION,
DES MEMBRES ADHÉRENTS, DES MEMBRES ASSOCIÉS
ET DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS
INSCRITS A LA 36e SESSION DU CONGRÈS

MEMBRES TITULAIRES DE LA SESSION

1° MEMBRES TITULAIRES A VIE

Pr Abadie, 18, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux (Gironde).
Dr Collet, 6, avenue des Marronniers, Fontenay-sous-Bois (Seine).
Dr de Fischer, 34, rue Bouligentras, Berne (Suisse).
Pr J. Lépine, 1, place Gailleton, Lyon (Rhône).

2° MEMBRES TITULAIRES

Dr Abély (Paul), Médecin-Chef, Asile de Villejuif (Seine).
Dr Adam (Frantz), Médecin-chef, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Dr Alexander (Marcel), 56, rue St-Georges, Bruxelles (Belgique).
Dr Allamagny, Clinique St-Rémy, 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr Arsimoles, Médecin-Directeur, Asile de Hoerdt (Bas-Rhin).
Dr Artur (R.), 3, rue Amiral-Réveillère, Brest (Finistère).
Dr Audemard (E.), Clinique Médicale de Champvert, 71, Chemin de Grandes-Terres, Lyon (Rhône).

Pr Barre (J.-A.), 18, avenue de la Paix, Strasbourg (Bas-Rhin).
Dr Bastié, Asile de la Cellette par Eygurande (Corrèze).
Dr Bauer, Médecin-chef, Asile de Naugeat, près Limoges (Hte-V.).
Dr Bériel, 18, rue du Bât-d'Argent, Lyon (Rhône).
Dr Billet, Maison de Santé Rech, Pont-St-Côme, Montpellier (Hér.).
Dr Van Bogaert (Ludo), 22, rue d'Aremberg, Anvers.
Dr Bonhomme, Médecin-Directeur, 17, rue de Penthièvre, Sceaux (Seine).
Dr Borel, Hospice central de Perreux-sur-Boudry, canton de Neufchâtel (Suisse).
Dr Bour, Sanatorium Malmaison, 4, place Bergère, Rueil (S.-et-O.).
Dr Bourilhet, Asile Sainte-Catherine, Moulins (Allier).
Dr Burckard, Médecin-chef, Asile de Sarreguemines (Moselle).
Dr Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, Bellevue (Seine-et-Oise).
Dr Busquet (Tomas), Calle Balmes 26, Barcelona (Espagne).
Dr Buvat (J.-B.), 130, rue de la Glacière, Paris (13e).

Dr Calmettes, Médecin-chef, Asile de Naugeat, Limoges (Hte-V.).
Dr Carbillet, Médecin-chef, Asile d'Alençon (Orne).
Dr Charon (P.), Le Castel d'Andortè, au Bouscat (Gironde).

Dr Charon (R.), 41, rue Delpech, Amiens (Somme).
Dr Charpentier (René), 119, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine (Seine).
Dr Chevalier-Lavaure, Villa « Jeanne », rue des Marronniers, Nimes (Gard).
Dr Christin, Belles-Roches, av. Doyen-Bridel, Montreux (Suisse).
Pr Claude (Henri), 89, boulevard Malesherbes, Paris (Seine).
Dr Combemale (Pierre), Médecin-chef, Asile de Bailleul (Nord).
Dr Courbon, Médecin-chef, Asile de Vaucluse, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).
Pr de Craene (Ern.), 26, rue Jacques-Jordaens, Bruxelles (Belgique).
Dr Crouzon, Médecin des Hôpitaux, 70 *bis*, av. d'Iéna, Paris (16e).
Pr Cruchet, 12, rue Ferrère, Bordeaux (Gironde).
Dr Cullerre (A.), 8, bd des Alliés, La Roche-sur-Yon (Vendée).

Dr Dardenne, Maison de Santé de Dave (Belgique).
Dr Dedieu-Anglade (D.), Asile de Château-Picon, Bordeaux (Gir.).
Dr Dedieu-Anglade (R.), Asile de Breuty-la-Couronne (Charente).
Dr Delaunois, Maison de Santé de Bon-Secours, Peruwelz-Hainaut (Belgique).
Dr Delmas (Ach.), Maison de Santé, Ivry-sur-Seine, 23, rue de la Mairie (Seine).
Dr Demay, Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.).
Dr Desruelles, Asile de Sainte-Ylie, par Dôle (Jura).
Pr Divry, 11, avenue Blonden, Liège (Belgique).
Dr Dubois (J.), 6, avenue de l'Observatoire Sainte-Marie, Clermont-Ferrand.
Dr Duchène, Asile de Lorquin (Moselle).
Dr du Mazel (de la Bretoigne), Asile de Ber Rechid, rue de Madrid, Casablanca (Maroc).
Dr Donnadieu, Médecin-chef, Asile de Vauclaire, Montpon-sur-l'Isle (Dordogne).
Dr Dutoy (A.), Sanatorium « Beau Vallon », Saint-Servais-lez-Namur (Belgique).

Pr Euzière, 12, rue Marceau, Montpellier (Hérault).
Dr Ey, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).

Dr Fay, 11 *bis*, rue de Thann, Paris.
Dr Fillassier, Médecin-Directeur, Château de Suresnes (Seine).
Dr Focquet, Asile de Dave-lez-Namur (Belgique).
Dr Frey, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Pr Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, Saint-Mandé (Seine).
Dr Fromenty, Médecin-chef, Hospices de Tours (Indre-et-Loire).

Dr Garand (O.), Médecin-Directeur, Château de Garches, 2, Grande-Rue, Garches (Seine-et-Oise).
Dr Garcin (R.), Médecin des Hôpitaux, 11, rue de Verneuil, Paris (7e).
Dr Gauducheau, 36, bd Delorme, Nantes (Loire-Inférieure).
Dr Gilles, Médecin-Directeur, Asile de Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Giuseppe Franchini, Via Croce 2, Piacenza (Italie).
Pr Gorriti (Fernando), Colonia Nacional de Alienados Open Door, F. C. P., Province de Buenos-Aires (Argentine).
Pr Guillain, 215 *bis*, bd Saint-Germain, Paris (7e).
Dr Guiraud, Asile de Villejuif (Seine).

Dr Hacquard, Médecin-Chef, Asile Saint-Athanase, Quimper (Finistère).
Dr Hamel, Asile de Maréville, Laxon, près Nancy (Meurthe-et-Mos.).
Pr Hesnard, 4, rue Peirex, Toulon (Var).
Dr Hoven (H.), Asile de Mons (Belgique).
Dr Hyvert, Asile de Dury-les-Amiens (Somme).
Dr Hugues, Asile de Font-d'Aurelle, Montpellier (Hérault).

Dr Jude (Médecin-Général), Directeur du Service de Santé, Levant, S. P. 600.

Dr Lagriffe, Médecin-Directeur, Asile de Quimper (Finistère).
Pr Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, Paris (8e).
Dr Lassalle, Asile de Saint-Lizier (Ariège).
Dr Lauzier, Asile de Clermont (Oise).
Pr Legrand, 243, rue Nationale, Lille (Nord).
Dr Leroy (A.), Médecin-Chef des Hospices, 18, rue Beeckman, Liége (Belgique).
Dr Leroy (R.), Médecin-Chef, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Leroy des Barres, Maison de Santé, Epinay-sur-Seine (Seine).
Dr Lévy-Valensi, Médecin des Hôpitaux, 37, av. Victor-Hugo, Paris.
Pr Ley (A.), 9, avenue Fond-Roy, Uccle-les-Bruxelles (Belgique).
Dr Ley (J.), 9, avenue Fond-Roy, Uccle-les-Bruxelles (Belgique).
Dr Ley (R.), 10, avenue de la Ramée, Uccle-les-Bruxelles (Belgique).

Dr Magnand, Asile de Saint-Dizier (Haute-Marne).
Dr Mahon, Asile d'aliénés, Mont-de-Marsan (Landes).
Dr Marchand, 47, rue Falguière, Paris.
Dr Maillard (G.), L'Hay-les-Roses (Seine).
Dr Martimor (E.), rue des Lions, Blois (Loir-et-Cher).
Dr Masquin, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Maupaté, 9, Quai des Dominicains, Douai (Nord).
Dr Médakovitch, Chef de Laboratoire, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).

Dr Meignant, 8, rue Saint-Lambert, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Mestrallet (A.), Médecin-Chef, Maison de Santé St-Jean-de-Dieu, 25, Quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône).
Dr Menuau, Asile de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse).
Dr Meuriot, Château du Bel-Air, Villeneuve-St-Georges (S.-et-Oise).
Dr Miranda (H. de), 44, rue Général-Galliéni, Viroflay (S.-et-O.).
Dr Molin de Teyssieu, 14, r. Blanc-Dutrouilh, Bordeaux (Gironde).
Dr Morat, 2, avenue Pozzo-di-Borgo, Saint-Cloud (Seine-et-Oise).
Dr Moreau, 261, rue Saint-Léonard, Liége (Belgique).
Dr Morel (Mlle), Asile de Fains, près Bar-le-Duc (Meuse).
Dr Mouchette (Ch. de), Asile d'aliénés, Agen (Lot-et-Garonne).

Dr Nayrac (P.), 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Noyer, Asile du Bon-Sauveur, 73, rue de Bellevue, Albi (Tarn).

Dr Ollivier, Asile de Lehon, près Dinan (Côtes-du-Nord).

Dr Pactet, Médecin honoraire des Asiles de la Seine, 17, rue Auguste-Comte, Paris (6e).
Dr Parant (V.), Saint-Loup, par Saint-Geniès (Haute-Garonne).
Dr Paul-Boncour, 164, Faubourg St-Honoré, Paris (8e).
Dr Péron (N.), Médecin des Hôpitaux, 10, Quai Galliéni, Suresnes.
Dr Perret, Asile de Vauclaire, Montpon-sur-l'Isle (Dordogne).
Dr Perrussel, Hôpital Psychiatrique, Manouba (Tunisie).
Dr Petit (G.), 160, rue de Paris, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dr Porc'her (Y.), Asile de Maréville près Nancy (Meurthe-et-Mos.).
Pr Porot, 29, rue Mogador, Alger (Algérie).
Dr Prince, Médecin-Directeur, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Pr Raviart, Clinique d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Repond (A.), Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais (Suisse).
Pr Rodriguez Arias, Via Augusta Letra R., Barcelona (Espagne).
Pr Roger (H.), 66, boulevard Notre-Dame, Marseille (B.-du-Rh.).
Dr Roubinovitch, 3, rue de Médicis, Paris (6e).
Dr Rougean, 12, rue Dagobert, Saint-Lô (Manche).

Dr Salomon, Médecin-Directeur, Asile de Lesvellec, près Vannes (Morbihan).
Dr Semelaigne (R.), 59, boulevard de Montmorency, Paris.
Dr Sollier (Mme Alice), 2, avenue Pozzo-di-Borgo, Saint-Cloud.
Dr Sollier (P.), 14, rue Clément-Marot, Paris.

Dr Targowla (R.), 169, rue de l'Université, Paris (7e).
Dr Tarrius (J.), 22, avenue Junot, Paris (18e).

Dr Taty, La Tour-de-Salvagny (Rhône).
Dr Tony Rubbens, Lede (Belgique).
Dr Toulouse, Directeur de l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Tournay, 81, rue Saint-Lazare, Paris.
Dr Trénel, 7, rue de Mondovi, Paris (1er).
Dr Trivas, Asile de la Providence, Niort (Deux-Sèvres).

Dr Van der Velde (Mme Jeanne), Résidence Palace, 38 *bis*, rue de la Loi, Bruxelles (Belgique).
Dr Vernet (G.), Asile de Beauregard, près Bourges (Cher).
Dr Verstraeten, Asile de Caritas, Melle-lez-Gand (Belgique).
Dr Viallefont. 4, Passage Sonjon, Montpellier (Hérault).
Dr Vié, Colonie d'Ainay-le-Château (Allier).
Dr Vieux, Divonne-les-Bains (Ain).
Dr Vidal (J.), 2, rue Stanislas-Digeon, Montpellier (Hérault).
Dr Vignaud, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Vanves, 2, rue Falret, Vanves (Seine).

MEMBRES ADHÉRENTS A LA 36e SESSION

Dr Alaize (P.), Médecin-Chef, Asile St-Pierre, Marseille (B.-du-Rh.).
Dr Albès (A.), 58, av. du Général-Sarrail, Châlons-s.-Marne (Marne).

Dr Babonneix (L.), 50, avenue de Saxe, Paris (15e).
Dr Bahia Junior, rue Costa Cabral 1218, Porto (Portugal).
Dr Ballet (V.), Etablissement Thermal, Evian-les-Bains (Hte-Sav.).
Dr Bessière (R.), Médecin-Chef, Asile d'aliénés, Evreux (Eure).
Dr Block (L. de), 23, bd Frère-Orban, Liége (Belgique).
Pr Boudet, Faculté de Médecine de Montpellier (Hérault).
Dr Boulanger (L.), 80, rue de l'Université, Paris (7e).
Dr Boven (W.), 2, avenue de la Gare, Lausanne (Suisse).
Dr Bussy, de Lubersac (Corrèze).

Dr Cart (J.-S.), Min. Dr. Clinique l'Ermitage, Vevey-la-Tour, Lausanne (Suisse).
Mr Chartier, 21, boulevard Delessert, Paris (16e).
Dr G.-G. de Clérambault, Médecin-Chef de l'Infirmerie Spéciale du Dépôt, Paris.
Dr Comby, Médecin honoraire des Hôpitaux, 38, rue de Penthièvre, Paris.
Dr Condomine, Médecin-Chef, Asile de Bron (Rhône).
Dr Corcket, Médecin-chef, Asile de Bon-Sauveur, Caen (Calvados).

Pr Dechaume (J.), Médecin des Hôpitaux, 13, quai Victor-Augagneur, Lyon (Rhône).
M. Delaitre, Conseiller d'Etat, 29, r. de la Condamine, Paris (17e).
Pr del Greco (Francesco), Directeur, Asile d'aliénés d'Aquila (Italie).
Dr Demerliac, Méd.-Commandant, 14, place du Champ-de-Foire, Limoges (Hte-Vienne).
Pr d'Hollander, 86, rue Victor, Louvain (Belgique).
Pr Donaggio, Via Ramazzini, Modena (Italie).
Dr Ducoudray, Médecin-Chef, Asile d'Agen (Lot-et-Gar.).
Dr Dupain, 5, boulevard Saint-Michel, Paris (5e).
M. Dupas, Directeur, Asile de Naugeat, près Limoges (Hte-Vienne).
Dr Dupytout, 50, avenue Garibaldi, Limoges (Haute-Vienne).

Dr Ensch, 36, avenue Voltaire, Schaerbeck (Belgique).

Dr Faure, Limoges (Haute-Vienne).
Dr Folly, 4, rue Lebeuf, Auxerre (Yonne).
Dr Fouque, Médecin-Chef, Asile Saint-Pons (Alpes-Maritimes).

Dr Gassiot, Médecin-Chef, Asile St-Yon, St-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inf.).
Dr Goemans, Médecin adjoint, Colonie de Gheel (Belgique).
Dr Guichard, Médecin-Chef, Asile St-Pons, Nice (Alpes-Maritimes).
Dr Guisan (Pierre), Clinique Boismont, Venne-s.-Lausanne (Suisse).

Dr Hansen (A.), Médecin-Directeur, Maison de Santé d'Ettelbruck (Luxembourg).
Dr Heuyer (G.), 79, boulevard Raspail, Paris (6e).
Dr Huot, Méd.-Commandant, Hôtel des Thermes et Richelieu, Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).

Dr Isac (Louis), Médecin-Chef, Asile de Bailleul (Nord).

Dr Jouve (A.), 30, quai de la Guillotière, Lyon (Rhône).
Dr Jourdran, Médecin-Chef, Asile Saint-Robert (Isère).

Dr Kohler (Egon), 14, Cours de Rive, Genève (Suisse).

Pr Ladame, Directeur Asile de Bel-Air, Genève (Suisse).
Dr Lafage, Médecin-Chef, Asile de Braqueville, Toulouse (H.-Gar.).
Dr Laubie (E.), 1, rue Guérin, Bordeaux (Gironde).
Dr Lauby (A.), Donzenac (Corrèze).
Dr Leonet (A.), 1, avenue Leclerc, Lyon (Rhône).

Dr Medvedeff, 10, rue de l'Ermitage, Montmorency (Seine-et-Oise).
Dr Meussen (J.), Colonie d'Aliénés à Gheel (Belgique).
M. Michaut, 5, rue Rateau, Paris (5e).
Pr de Moura (Elysio), Université de Coimbra (Portugal).

Dr Neuberger (L.), 146, rue de Longchamp, Paris (16e).

Dr Privat de Fortunié, Médecin-Directeur, Asile de Maréville, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).

Dr Renaux, Médecin-Chef, Asile Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire).
Pr Riser, 1, rue du Pont-de-Tounis, Toulouse (Haute-Garonne).
Dr Robert, Médecin-Directeur, Asile d'Auch, 37, rue Rouget-de-Lisle, Auch (Gers).
M. Royer, Interne des Asiles de la Seine.

Dr Santenoise (A.), Médecin-Chef, Asile Ste-Ylie, par Dole (Jura).
Pr Sebek (J.), 2, Vilimoska, Prague (12e) (Tchécoslovaquie).
Dr Sizaret, Médecin-Directeur, Asile de Lorquin (Moselle).

Dr Taddei (A.), 143, bd de la Blancarde, Marseille (B.-du-Rh.).
Dr Titeca (R.), Médecin-Chef, 226, Chaussée de Dieleghem, Jette-Bruxelles (Belgique).
Dr Titeca (J.), Médecin-Chef, 226, Chaussée de Dieleghem, Jette-Bruxelles (Belgique).
M. Tournaire (G.), Directeur, Asile de Clermont (Oise).
Dr Trelles, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Truelle, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
M. Tusques, Interne à l'Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Pr. Van der Scheer, de l'Université de Groningen, 13 Steentilkade (Hollande).
Dr Vermeylen, 28, rue St-Bernard, Bruxelles (Belgique).
Dr Vervaeck (P.), 35, rue Verhalst, Uccle (Belgique).
M. Vetel, Directeur adjoint à la Préfecture de Police, 49, rue Monsieur-le-Prince, Paris.
Dr Vondracek, 35 Jungmannova, Prague (2e) (Tchécoslovaquie).
Dr Vullien, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).

Pr Wimmer (A.), Doyen de la Faculté de Médecine, Copenhague (Danemark).

MEMBRES ASSOCIÉS A LA 36e SESSION

Mme Alaize.
Mme Alexander.

Mlle Barthélémy.
Mme Bauer.
Mme Bessière.
Mlle Blanc.
Mme Paul-Boncour.
Mme Bussy.

Mme Calmettes.
M. Calmettes (Jean).
Mlle Calmettes (Louise-Marie).
Mlle Calmettes (Madeleine).
Mme Collet.
Mlle Comby.
Mme Courbon.

Mme Dedieu-Anglade (Roger).
M. Delor.
Mme Desruelles.

Mme Elysio de Moura.
Mme Ensch.

Mme Faure.
Mme Fouque.

Mme Gassiot.

Mme Hesnard.

Mme Isac.

M. Jouhaud.
Mme Jourdran.

Mme Léonet.
Mme Leroy.
Mme Lévy-Valensi.
Mlle Lévy-Valensi.
Mme Ley (A.).

M. Masdefeix.
Mme Maupaté.
Mlle Maupaté (Thérèse).
Mlle Maupaté (Suzanne).
M. Maupaté (André).
Mme Meignant.
Mme Meussen.
Mme de Miranda.
Mme Moreau.

Mme Porc'her.
M. Pouret.

M. Reillier.
Mme Robert.
M. Roger (A.).
Mme Roger (H.).

Mme Tournaire.
Mme Tusques.

Mme Van der Scheer.
Mlle Van der Scheer.
Mme Verstraeten.
Mme Vignaud (Martial).
M. Vignaud (Marcel).
M. Vignaud (Joseph).
Mme Vondracek.

ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

BELGIQUE. — Colonie Provinciale de Lierneux.

CANADA. — Hôpital St-Michel-Archange, Mastaï, près Québec.

FRANCE. (Allier). — Colonie Familiale d'Ainay-le-Château.
— (Ariège). — Asile de St-Lizier.
— (Aveyron). — Asile de Rodez.
— (Bas-Rhin). — Asile de Stéphansfeld.
— (Bas-Rhin). — Maison de Santé de Hoerdt.
— (Haut-Rhin). — Asile de Rouffach.
— (Cher). — Asile de Beauregard, Bourges.
— (Cher). — Colonie Familiale de Dun-sur-Auron.
— (Charente). — Asile de Breuty-La-Couronne.
— (Côte-d'Or). — Asile de Dijon.
— (Dordogne). — Asile de Vauclaire.
— (Eure-et-Loir). — Asile de Bonneval.
— (Finistère). — Asile de Quimper.
— (Gers). — Asile des Aliénés d'Auch.
— (Haute-Vienne). — Asile de Naugeat (Limoges).
— (Jura). — Asile de Sainte-Ylie, par Dôle.
— (Loir-et-Cher). — Asile de Blois.
— (Loiret). — Etablissement Psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, Orléans.
— (Meurthe-et-Moselle). — Asile de Maréville, près Nancy.
— (Moselle). — Asile de Lorquin.
— (Nièvre). — Asile de la Charité-sur-Loire.
— (Nord). — Asile de Bailleul.
— (Oise). — Asile de Clermont.
— (Pas-de-Calais). — Asile de Saint-Venant.
— (Rhône). — Asile de Bron.
— (Seine). — Asile Sainte-Anne, Paris.
— (Tarn). — Asile du Bon Sauveur, Albi.

SÉANCE INAUGURALE

SÉANCE INAUGURALE

La séance inaugurale de la 36e session eut lieu le 25 juillet, à 9 heures 1/4, sous la présidence de M. le Préfet de la Haute-Vienne, dans la Salle des fêtes de l'Hôtel de Ville de Limoges.

Sur l'estrade avaient pris place : M. Stirn, Préfet de la Haute-Vienne, M. Bétoulle, Sénateur-Maire de Limoges et le Bureau du Congrès.

Aux premiers rangs de l'assistance se trouvaient les délégués officiels, les membres du Comité d'Honneur et de nombreuses personnalités de Limoges.

M. Stirn, qui présidait, prononça l'allocution suivante et, déclarant ouverte la 36e Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, donna ensuite la parole aux délégués officiels. Puis, M. le Doyen Euzière, Président de la 36e Session, prononça le discours d'usage.

Allocution de M. Stirn,
Préfet de la Haute-Vienne

J'ai le grand honneur d'être appelé à présider cette réunion, au cours de laquelle d'intéressantes questions vont être discutées, au côté de l'éminent doyen M. Euzière, mon vieux camarade de lycée que je suis heureux de retrouver comme président de votre 36e Congrès.

J'ai le devoir de vous apporter ici le salut du gouvernement de la République, en associant dans un même hommage tous les délégués français et étrangers réunis aujourd'hui pour mener la lutte en commun contre la souffrance et contre la misère.

J'ai aussi l'agréable devoir de vous souhaiter à tous la bienvenue au nom de la population de ce département que vous avez choisi cette année pour vos assises, afin d'honorer la mémoire de l'un des vôtres, le professeur Gilbert Ballet que le Limousin a vu naître et dont il est très fier, comme il est fier de tant d'autres hommes célèbres, depuis Cabanis, Dupuytren, jusqu'à Grancher et d'Arsonval, nés chez nous.

Tous honorent notre petite patrie comme ils honorent le pays tout entier car, si dans la science, la littérature, les arts, le Limousin compte des hommes illustres, il est également fier, dans la politique, de compter parmi ses enfants, le président Sadi-Carnot.

De ce Limousin, j'espère que vous emporterez un bon souvenir et qu'après avoir admiré sa capitale, ses artistes, sa campagne, ses collines, ses vallons, ses riants cours d'eau, vous proclamerez avec moi qu'il est vraiment l'une de nos plus belles et de nos plus charmantes provinces, avec sa population des plus méritantes, avec ses travailleurs rudes, ardents, pleins de cœur, lesquels supportent courageusement et dignement les difficultés de l'heure, puisque la ville de Limoges est la plus durement éprouvée par la crise économique.

Je souhaite que vous fassiez parmi nous un heureux séjour. Permettez-moi, en terminant, d'associer dans un même hommage d'admiration et de gratitude les savants français, les savants étrangers qui sont accourus ici, de les féliciter d'apporter, dans des réunions cordiales et amicales, une pierre nouvelle à l'édifice de paix que nous voulons construire et où tous les peuples réconciliés n'auront plus que l'ardent désir, la noble ambition, de travailler, tous ensemble, pour la santé, pour le bien-être de l'humanité.

Je déclare ouvert le 36e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. »

M. Betoulle, Sénateur-maire de Limoges, président du Conseil général, en une allocution pleine d'esprit, invita les Congressistes à assister le soir même à une réception offerte à l'Hôtel de Ville par la Municipalité.

Allocution de M. le Professeur Porot

Délégué du Gouvernement Général de l'Algérie

Pour la première fois, l'Algérie prend place officiellement à vos Congrès. Son Gouvernement Général m'a chargé de le représenter auprès de votre Association et de lui transmettre ses remerciements pour votre invitation.

Cette mission m'est particulièrement aisée et agréable puisque voilà 25 ans déjà qu'à titre personnel, je suis vos réunions, en pleine fidélité d'idées et de sentiments à vos traditions.

Il en est des peuples comme des individus : un âge vient qui consacre leur majorité. L'Algérie vient de fêter son Centenaire et d'affirmer à la face du monde sa capacité civile. Elle n'avait certes pas attendu cette échéance pour donner les preuves d'une vitalité et d'une prospérité qui font l'admiration de ses visiteurs ainsi que de la conscience qu'elle a toujours eu de ses droits comme de ses obligations. L'évolution d'une civilisation, a-t-on dit, se mesure moins à ses richesses matérielles qu'à ses œuvres d'assistance. Dans ce dernier domaine, un effort considérable a été tenté dans ces dernières années et nos Gouvernements se sont appliqués à faire doter plus largement les organisations nécessaires. Je vous dirai dans une Communication, en séance de travail, l'effort récent entrepris pour organiser et mettre au point, conformément aux conceptions modernes, l'assistance aux maladies mentales, en étendue comme en profondeur, et les réalisations qui commencent à se manifester.

Un grand Hôpital Psychiatrique est en construction à Blida ainsi que des services hospitaliers d'observation dans les grands centres et des annexes pour des catégories spéciales d'invalides mentaux.

Si ces créations, depuis longtemps attendues, voient le jour, il n'est pas mauvais de rappeler que les initiatives locales ont été, à l'origine et en cours de gestation, largement inspirées et guidées par les représentants les plus éminents de la psychiatrie métropolitaine.

Vous me permettrez, en effet, d'évoquer aujourd'hui quelques souvenirs et de vous reporter à 20 ans en arrière. Votre XXIIe Session — dont j'étais le Secrétaire général — s'était réunie à Tunis en 1912 et avait entendu un intéressant rapport du professeur Régis sur l'Assistance des aliénés aux Colonies.

La présence autour du professeur Régis des Maîtres les plus écoutés de la Psychiatrie française : Gilbert Ballet que nous commémorons aujourd'hui, Dupré, Vallon, Arnaud, — pour ne citer que les grands disparus — donnait à cet appel une résonance singulière. Il fut entendu par l'Algérie qui

reçut, au retour de Tunis, un groupe important de congressistes et eut à cœur de reprendre de suite l'étude de son assistance aux maladies mentales. Une commission fut nommée et, dans la même année, le Dr Mabille, Président du Congrès de Tunis, Médecin-Chef de l'Asile de La Rochelle et représentant des Métropolitains et le Dr Saliège, représentant de l'Assistance algérienne mettaient sur pied le plan d'un Asile important à Blida et s'assuraient les concours administratifs et financiers nécessaires.

Ce projet Mabille-Saliège, qui date de 1912, subit les éclipses fatales de la période de guerre, puis quelques autres vicissitudes. Ses auteurs ont aujourd'hui disparu ; mais leur travail, revu et repris, intégré dans un plan d'ensemble d'assistance psychiatrique dont les bases furent jetées en 1924 par une Commission présidée par le professeur Jean Lépine, reste une des pièces principales de l'organisation générale de notre Assistance psychiatrique.

Il m'a paru utile de vous rappeler ses origines qui rattachent si étroitement nos entreprises à vos Congrès : la psychiatrie algérienne, que vous accueillez aujourd'hui, jeune encore, est heureuse et fière de se dire fille légitime de la psychiatrie métropolitaine. Elle espère que bientôt vous pourrez venir constater le développement des germes que vous avez déposés il y a 20 ans, sur le sol africain.

Allocution de M. le professeur Aug. Ley

délégué officiel du Gouvernement Belge

Chargé par le Gouvernement de la Belgique de le représenter officiellement à ce Congrès, je suis heureux de vous apporter le salut et les vœux de vos amis belges. C'est devenu une tradition pour les psychiatres et les neurologues de notre pays, de participer à vos travaux et je puis vous assurer que ceux d'entre eux qui ne sont pas présents aujourd'hui sont avec vous de pensée et de cœur. Ils s'unissent à nous pour souhaiter joie et succès à cette trente-sixième session.

Allocution de M. l'Inspecteur général Dr Raynier,

au nom des délégués officiels
du Gouvernement de la République française

Monsieur le Préfet,

Monsieur le sénateur-maire,

Messieurs les présidents,

Messieurs les délégués et membres, étrangers et français du congrès,

Mesdames, Messieurs,

En me déléguant pour le représenter au congrès qui s'ouvre aujourd'hui dans cette belle, vaillante et industrieuse ville de Limoges — pour qui, dans la crise qui l'atteint, nous formons de tout cœur les souhaits les meilleurs et les plus sincères ; — en me chargeant de vous apporter son salut et ses vœux, M. le Ministre la santé publique m'a fait un honneur dont je ressens tout le prix : celui d'associer, en ma personne, le ministère et l'inspection générale à l'hommage qui sera rendu à la mémoire de l'éminent professeur Gilbert Ballet, dont l'éloquence illustra d'un si vif éclat la clinique française et dont l'enseignement eut sur la formation morale, médicale et psychiatrique des internes de ma génération une influence si profonde.

Me retrouver au milieu de vous, n'est pas seulement un honneur, mais un plaisir, puisque, j'ai la fierté de pouvoir le dire, je m'y sens en famille, d'autant que notre père est présentement le savant doyen de Montpellier, aimé et respecté, tant pour la bienveillance de son caractère, que pour sa belle action universitaire ou asilaire et que le souvenir de l'accueil fraternel qui m'est fait à l'assemblée générale de l'Amicale m'est toujours spécialement cher.

Messieurs,

L'administration vous a prouvé, par des actes, l'intérêt qu'elle porte à vos assises, plus particulièrement en matière d'approbations budgétaires diverses ou en favorisant, autant

qu'il était en son pouvoir, l'assistance aux congrès des médecins de nos asiles publics.

Elle suit vos discussions scientifiques avec toute l'attention qu'elles méritent, surtout lorsqu'elles portent sur des sujets susceptibles d'indications pratiques dans le domaine législatif ou dans celui de l'organisation médicale ou administrative de nos établissements spéciaux.

C'est dire, qu'après avoir fait mon profit des travaux de MM. Delmas et Moreau, brillants continuateurs d'une précieuse série, je ne manquerai pas d'accorder — pour lui en rendre compte — une application, encore plus particulière, aux échanges de vues auxquels donnera lieu le beau rapport de notre ami Lauzier, qui s'est acquis un nouveau titre à la reconnaissance des malades et à la nôtre.

Allocution de M. le Professeur Dr Van der Scheer

Au nom de la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie

Au nom de la Société Néerlandaise de Psychiatrie et de Neurologie, je viens de nouveau vous présenter les souhaits les plus chaleureux de mes compatriotes.

Je suis heureux de pouvoir y ajouter les vœux sincères de mes collègues de la Faculté de Médecine de l'Université de Groningue, qui m'ont chargé de vous présenter l'expression de leur vif intérêt aux travaux de votre Congrès.

Permettez-moi, Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs, de vous dire que la date de la session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française est pour moi, et aussi pour ma famille, une date que je vois venir avec impatience, parce que je sais que je serai bientôt au milieu de mes amis français, qui nous ont toujours reçus avec la plus grande cordialité et parmi lesquels nous éprouvons toujours la chaleur de leurs sentiments et la clarté de leurs idées.

Permettez-moi, Monsieur le Président, de renouveler ici les liens d'amitié et de vous exprimer mes meilleurs souhaits pour la réussite de votre Congrès.

Allocution de M. le Professeur Arturo Donaggio,

Doyen de la Faculté de Médecine de Modène,
au nom de la Société italienne de Psychiatrie
et de la Société italienne de Neurologie

Le Prof. A. Donaggio présente l'hommage et le salut de ses collègues de la « Société italienne de Neurologie » et de la « Société italienne de Psychiatrie ».

Il se réjouit de se retrouver dans la noble ville de Limoges, où toutes les formes du travail humain, de la science à l'art, du commerce, se rassemblent dans une harmonie parfaite.

Ce n'est pas sans émotion qu'il a vu qu'une rue de Limoges est dédiée à un héros italien : Giuseppe Garibaldi.

L'orateur, qui vit dans la région émilienne-romagnole, rappelle une ville de cette région, Faïence, dans laquelle, pendant des siècles, des artisans ont travaillé pour obtenir de la matière ces images de la beauté que l'on connaît dans tout le monde sous le nom de faïences. L'histoire parle de rapports très étroits entre Limoges et Faïence : la ville française a reçu la tradition italienne, tout en développant la tradition française de ses porcelaines admirables. La même adhérence à la matière, le même désir de la transformer, de traduire dans la matière la vie intime spirituelle, ont établi entre la ville française et la ville italienne, enlacées dans l'histoire de ces manifestations artistiques et artisanales, entre l'âme française et l'âme italienne, un lien profond. L'orateur a voulu rappeler à Limoges cette vibration concorde et fraternelle de l'esprit.

L'orateur rappelle que dans les jours du Congrès aura lieu la célébration du grand savant français, limousin, Gilbert Ballet : Il peut affirmer que, dans cette célébration, les neuropsychiatres italiens sont tous présents. L'œuvre de Gilbert Ballet est très connue et admirée en Italie : le remarquable traité de pathologie mentale, écrit et dirigé par Gilbert Ballet, a été soigneusement traduit, avec des notes personnelles, par un éminent neurologiste et aliéniste italien, récemment disparu : le Professeur Enrico Morselli. L'orateur a rappelé ce souvenir comme un hommage italien à la mémoire de Gilbert Ballet, à la ville de Limoges, à la neuropsychiatrie française.

ALLOCUTION DE M. LE Dr HANSEN,

délégué officiel du Gouvernement du Grand Duché de Luxembourg

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

Comme délégué du Grand-Duché de Luxembourg, j'ai la mission de présenter salutations et vœux de sympathie à l'assemblée des médecins aliénistes et neurologistes réunis à Limoges.

Cet honneur me vaut l'avantage et le plaisir de pouvoir reprendre contact avec des confrères dont la valeur scientifique égale l'exquise amabilité des habitants de cette France généreuse et hospitalière, dont nous tous avons conservé le meilleur souvenir.

Aussi c'est avec la plus grande joie que je reviens dans ce beau pays si cher aux Luxembourgeois, pour passer quelques journées instructives et agréables dans cette charmante cité de Limoges, ville natale du président-martyr Sadi-Carnot.

Fier et heureux de pouvoir participer au travaux si intéressants du Congrès, je souhaite, au nom de mon Gouvernement, de mes compatriotes et de moi-même, une pleine et entière réussite à la 36e session.

ALLOCUTION DE M. LE Dr DE LABRETOIGNE DU MAZEL,

délégué officiel du Gouvernement Chérifien.

MONSIEUR LE PRÉFET,
MONSIEUR LE PRÉSIDENT,
MESDAMES, MESSIEURS,

Délégué pour représenter le Gouvernement Chérifien à la 36e Session de ce Congrès, j'ai l'honorable et agréable mission de vous apporter le salut et les vœux de la Direction de la Santé et de l'Hygiène publiques du Protectorat de la France au Maroc.

Cette Direction, au milieu des problèmes graves et urgents de l'équipement et de la protection sanitaire d'un pays neuf, n'a pas cessé de porter aux questions d'assistance psychiatrique un intérêt particulier, et de manifester dans ce domaine les intentions réalisatrices les plus déterminées.

Aussi est-ce avec une grande satisfaction que je suis chargé de vous exprimer que le docteur Colombani, directeur de l'Hy-

giène du Protectorat, m'a délégué à cette réunion, escomptant les meilleurs résultats d'une liaison dont il sait apprécier tout l'honneur et mesurer toute l'utilité.

A cette satisfaction se joint celle de vous transmettre la très cordiale approbation donnée par le Commissaire Résident général de France au Maroc au projet formé pour 1933 d'une session marocaine du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Ce projet, que des raisons étrangères à notre volonté ont fait ajourner il y a un an, nous tient à cœur. Il sera soumis à la décision de votre assemblée générale. Notre désir le plus vif est de le voir adopté, et, si vous le voulez bien, nous aurons la joie de le réaliser.

Allocution de M. le Professeur Elysio de Moura

délégué de l'Université de Coïmbra (Portugal)

C'est pour moi un grand honneur et en même temps un plaisir qui m'est particulièrement cher, que de prendre la parole devant cette assemblée où siègent tant d'individualités éminentes, pour remplir le devoir d'apporter au Congrès des aliénistes et des neurologistes de France et des pays de langue française les hommages respectueux et affectueux de l'Université de Coïmbra et ses meilleurs souhaits d'un succès éclatant.

Je suis sûr — et je m'en réjouis d'avance — que, comme toujours, à Limoges, qui nous offre le cadre d'une nature riante et accueillante et, en quelque sorte, sous l'égide de notre ancien président, Gilbert Ballet, la collaboration intime des neurologues et des psychiatres, dans une atmosphère propice de concorde et de cordialité, fera honneur à la neuro-psychiatrie française, ici représentée par des savants de toute première valeur et contribuera précieusement à agrandir le prestige qu'elle a si justement acquis.

Que la tenue scientifique de la session de 1932, qui s'ouvre aujourd'hui solennellement et qui porte le numéro 36, soit tout à fait à la hauteur de celles qui l'ont précédée.

Qu'elle reste bien marquée dans les annales de la science neurolo-biologique.

C'est le vœu bien sincère et ardent de la multiséculaire Université portugaise, au nom de laquelle je suis extrêmement heureux et fier de vous saluer de grand cœur.

Allocution de M. le Dr W. Boven,

délégué de la Société Suisse de Psychiatrie.

Messieurs,

Je vous apporte à mon tour le salut et les vœux des Sociétés Suisses de psychiatrie et de neurologie.

Voici venu, à peu près, le temps de la moisson. Nous venons nous joindre aux moissonneurs de la pensée française. La récolte sera comme toujours abondante et belle.

La psychiatrie française est très individualiste, comme le Français lui-même. Elle est plus attentive à saisir l'individu dans son isolement d'être à part et dans sa plénitude, qu'à l'encadrer et à le faire marcher dans la colonne qu'un psychiatre qui se prend pour un chef croit animer de la voix et du geste. La psychiatrie, comme toute science, est internationale, oui certes, mais Dieu merci, il y a des manières nationales d'envisager la science.

Nous aimons la manière de la France. Je me fais un plaisir de vous le redire.

Adresses de Sociétés étrangères

M. René Charpentier, *secrétaire général* du Congrès, donne ensuite lecture des lettres :

du Dr Gonzalo Bosch, président, et du Dr Hector-M. Pinero, secrétaire de la Société de neurologie et de psychiatrie de Buenos-Aires ;

du Dr G.-W. James, secrétaire de la section de psychiatrie de la Société Royale de médecine de Londres ;

du Professeur August Wimmer, Doyen de la Faculté de Médecine de Copenhague ;

du Dr B. Rodriguez-Arias, secrétaire de l'Association Espagnole de neuro-psychiatrie ;

du Dr Isakó, président de l'Association des psychiatres hongrois ;

du Professeur Ladislas Haskovec, de l'Université Tchécoslovaque,

qui expriment leurs regrets de n'avoir pu faire représenter à la XXXVIe session ces divers groupements scientifiques, et adressent leurs meilleurs vœux pour le succès des travaux du Congrès.

Discours de M. le Doyen EUZIÈRE
Président du Congrès

Monsieur le Préfet,
Mesdames,
Messieurs,

Mon premier devoir en prenant la parole comme Président de la 36e session des Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, est de dire à tous ceux qui se seront intéressés à l'organisation de notre réunion combien nous leur sommes reconnaissants !

Je remercie particulièrement M. le Préfet de nous avoir fait le grand honneur de présider cette première séance. J'ai eu la joie de retrouver en lui un de mes condisciples du lycée d'Avignon, et en me retrouvant assis à ses côté, je me suis trouvé rajeuni de 35 ans ! Quel merveilleux médecin il eût fait !

Je remercie également M. le Sénateur Betoulle, maire de Limoges et président du Conseil général, qui a bien voulu témoigner l'intérêt qu'il portait à nos réunions et qui vient de le prouver une fois encore, en nous invitant à une réception dans le magnifique Hôtel de Ville de Limoges.

Je remercie aussi M. le Docteur Raymondaud, Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Limoges, c'est au fond lui qui est responsable de notre venue dans cette ville, puisque c'est lui qui préside le Comité d'inauguration d'un buste du Professeur Gilbert Ballet et que c'est pour honorer la mémoire de ce Maître que nous avons choisi sa ville natale comme siège de notre Congrès.

Je remercie également M. le Docteur Biais, Directeur de l'Ecole de Médecine de Limoges, de l'hospitalité qu'il nous a offerte pour certaines séances de notre congrès.

Je remercie M. le Docteur Bleny, président de l'Association des médecins de la Haute-Vienne et les représentants des diverses sociétés médicales de Limoges qui ont bien voulu s'intéresser à notre Congrès et nous accueillir confraternellement.

J'adresse enfin mes remerciements aux délégués officiels du Gouvernement Français, du Gouvernement Belge, du Gouvernement Grand Ducal, du Gouvernement Général de l'Algérie, du Gouvernement Chérifien et aux représentants des Universités et Sociétés Scientifiques étrangères qui ont bien voulu assister à nos congrès et nous ont fourni l'occasion de retrouver les noms des hautes personnalités scientifiques qui nous honorent de leur amitié.

Mesdames,
Messieurs,

Tous les traités de civilité puérile et honnête prescrivent en avançant un fauteuil à quelque visiteur de prononcer cette phrase consacrée, liturgique et, pourrait-on dire, rituelle : « Donnez-vous donc la peine de vous asseoir. » Cette formule n'est le plus souvent qu'une manière de parler, je pense qu'elle ne prend son sens littéral que lorsque le siège offert est un fauteuil présidentiel. A peine l'heureux élu s'est-il avancé, qu'un chef du protocole ou un secrétaire général, gardiens de vénérables traditions ou rigides exécuteurs d'inexorables règlements, vient lui parler du discours à faire. Malheureux président, qui n'est pas toujours un orateur né, et qui n'a jamais songé qu'on pourrait lui parler comme à un académicien récemment admis sous la coupole.

Pour ma part, j'ai une confession à vous faire ; quand vos bienveillants suffrages m'ont appelé à la présidence de la 36e session de nos congrès, je me suis senti transporté au septième ciel et non au trente-sixième dessous comme le chiffre fatidique aurait pu me le faire craindre. Tout de suite, j'ai eu mon plan. Le sujet du discours, il était là devant moi, j'étais étonné qu'aucun de mes prédécesseurs n'y eût songé et ce sujet était tel que pour le traiter je n'avais qu'à ouvrir la bouche et traduire en termes plus ou moins heureux la reconnaissance que vous éprouvez tous pour votre secrétaire général. J'étais sûr d'être applaudi par tous et de n'être discuté par personne.

Hélas, quand j'ai voulu passer à l'exécution, les difficultés surgirent, je ne parle pas seulement du respect que je devais à la modestie de M. René Charpentier, mon Dieu, je l'aurais quelque peu mis de côté et aurais trouvé un biais pour ne pas trop l'effaroucher. Mais je me suis vite aperçu que dans notre

pauvre humanité, nous avons tellemente l'habitude de dénigrer nos amis et nos collègues, que dès que l'éloge fleurit sur notre bouche, c'est le qualificatif de funèbre qui surgit dans notre pensée. Il est si communément admis qu'on ne dit du bien que des morts qu'en m'entendant exprimer tout ce que vous pensez de notre secrétaire général vous auriez pensé qu'il avait cessé de vivre. Messieurs, je n'ai pas voulu vous donner une telle émotion, j'ai cherché un autre sujet. J'ai bien peur qu'il ne réunisse pas tous les suffrages, mais du moins je puis espérer qu'il ne troublera pas notre quiétude et ne nous empêchera pas de tirer de ce congrès tout le bénéfice scientifique et touristique qu'il comporte. Je me propose donc de vous parler de la neurasthénie de d'Alembert. Dans un milieu médical et consacré à la neurologie, il est tout naturel que je vous parle de neurasthénie, mais que vient faire d'Alembert dans cette affaire ?

Comment moi, pauvre Gauthier, sans savoir de la science et de la littérature, vais-je vous parler de ce grand savant qui fut aussi un grand esprit et un grand écrivain. C'est là la question.

Il faut absolument que je m'explique. Et c'est une nouvelle confession que j'ai à vous faire. Elle ne m'est pas rigoureusement personnelle : bien de mes confrères, et beaucoup d'autres qui ne le sont pas, pourraient la faire à ma place. Nombreux, en effet, sont les médecins qui ajoutent à la liste de leurs malades habituels et véritables quelques malades illustres, qu'ils ne voient jamais pour la bonne raison qu'ils ne vécurent pas dans le même temps. Il en est qui au xx[e] siècle ont soigné la folie de Charles VI et d'autres que nous connaissons ont appliqué leur sagacité à découvrir le mal dont est morte Henriette d'Angleterre ou discutent doctoralement sur l'épilepsie et la gale de Napoléon. C'est le même courant qui m'a porté à m'occuper de la neurasthénie de d'Alembert. Il a entraîné beaucoup de mes confrères, mais n'a pas épargné les autres professions. M. de Nolhac n'est-il pas devenu le cavalier servant de Marie-Antoinette ? Frédéric Masson n'a-t-il pas cumulé les fonctions de mameluck, de ministre, de secrétaire de Napoléon ? et n'avez-vous pas entendu dire que M. Herriot est une des dernières victimes de Mme Récamier ?

Cette adoption, d'une grande figure du passé, dans l'intimité de qui on s'attache à vivre a tant d'avantages. Quels

délicieux compagnons, quels charmants malades, quels maîtres parfaits, quelles délicieuses amantes ceux et celles qui sont morts depuis des siècles ! Aux satisfactions d'amour-propre que donne leur compagnie s'ajoutent celles que procure leur égalité d'humeur : on ne les sert qu'au moment où il vous plaît, on les quitte quand ils vous lassent, on les retrouve dès qu'on en sent le désir. Et pour des médecins, ils ont cette qualité souveraine d'être de ces malades complaisants qui, sans guérir jamais tout à fait, vous sont toujours fidèles et reconnaissants et par surcroît vous donnent souvent l'occasion et la joie de la certitude. On connaît leur mal dans toute sa durée, on sait où il tend et jamais, en la matière, un pronostic ne fut mis en défaut. Il y a mieux, cette médecine du passé conduit parfois à d'étranges résultats, elle permet d'affirmer dans des questions où tout controverse et ce qu'elle établit reste souvent le seul point certain. On arrive ainsi à des paradoxes étonnants qui permettent par exemple à certains critiques de douter de l'existence d'Homère et d'affirmer dans le même moment qu'il était aveugle.

J'en ai assez dit pour m'excuser d'avoir adopté d'Alembert comme malade. Je rentre maintenant dans le cœur du sujet.

Je procèderai comme on fait toujours en médecine quand on veut publier une observation complète. Je placerai d'abord la description des antécédents héréditaires, puis celle des antécédents personnels et enfin je passerai à la description des signes pathologiques éprouvés par le malade et finalement à leur interprétation. Mais quand il s'agit de maladies nerveuses, les causes qui peuvent les engendrer se répartissent sur toute la vie, elles peuvent résider dans le caractère, l'entourage, la manière de vivre du malade, les secousses émotives qu'il a subies, plus encore que dans les maladies physiques qui l'ont frappé. Vous voudrez donc bien m'excuser si je vous parais déborder un peu le cadre de mon sujet. Je ne le ferai qu'en apparence, la neurasthénie de d'Alembert fut l'aboutissement lamentable de sa vie sentimentale. Comment le décrire si je ne le place dans son milieu et si je n'évoque la figure de celle qu'il aima de son âme, qui fut la cause de ses douleurs et, qui torturée par le même mal, mourut d'avoir trop aimé. J'ai nommé Julie de Lespinasse.

Leurs vies ont été mêlées si intimement que, désireux de vous parler de d'Alembert et de sa maladie, j'ai puisé toute

ou presque toute ma documentation dans l'admirable livre que le marquis de Ségur a consacré à Julie de Lespinasse (1). Mon rôle s'est le plus souvent borné à y glaner les éléments du tableau clinique que je voulais dessiner et à commenter, en médecin, les documents rassemblés et si heureusement présentés par ce prestigieux historien.

D'Alembert était un enfant trouvé. Quelques heures après sa naissance, il fut exposé sur les marches d'une église. Cette particularité devrait, semble-t-il, rendre impossible l'histoire de ses antécédents héréditaires, mais dans ce diable de XVIIIe siècle, les enfants abandonnés sont souvent ceux dont on connaît le mieux la généalogie. Pour le futur philosophe, nous la connaissons de façon certaine. Sa mère fut Mme de Tencin et son père le Chevalier Destouches, général d'artillerie. A ce dernier, qui s'occupa activement de son fils, d'Alembert doit l'instruction qu'il reçut et quelque argent. De la première, il tint les principaux traits de son caractère si, du moins, on admet l'hérédité par contraste, car si l'on excepte la vivacité de l'intelligence et de l'esprit qu'ils avaient tous deux au plus haut degré, on ne trouve chez le fils que les qualités et les vertus opposées aux défauts et aux vices de la mère.

Elevé d'abord par sa nourrice, puis placé en pension, enfin admis au collège des quatre nations, Jean Lerond, le futur d'Alembert, fut un élève brillant, mais il n'apprit jamais les belles manières et ne les connut jamais. Il fut, toute sa vie, assez négligé dans sa toilette, d'une timidité maladroite qui le rendait parfois gauche et hésitant. Il avait, en outre, une voix aiguë, « glapissante » qui fit faire sur son compte d'étranges hypothèses qu'on formula parfois devant lui. Alors qu'il était candidat à l'Académie, Formont lui écrivait :

« Vous vous imaginez qu'il n'y a qu'à se présenter à l'Académie « pour y être admis, mais il faudrait pour cela qu'il n'y eût de « duchesse de Chaulnes au monde. Apprenez que malgré tous vos « talents, vous n'auriez pas été reçu seulement à sa cour. Elle « pense peut-être qu'il vous en manque quelques-uns qu'elle « regarde comme indispensables à un grand homme. Elle a dit « que vous n'étiez qu'un enfant : on entend cela ; elle croit même « que dans un sérail vous traîneriez une éternelle enfance. Je ne « le crois pas. »

(1) Marquis DE SÉGUR. — *Julie de Lespinasse*. Calmann-Lévy, éditeurs.

Cette mauvaise langue de Jean-Jacques Rousseau, parlant dans ses confessions de Julie de Lespinasse, écrit : « Elle a « fini par vivre avec d'Alembert, j'entends en tout bien, tout « honneur et cela ne peut s'entendre autrement. » On rapporte enfin qu'une grande dame qui le connaissait bien et devant qui un admirateur de d'Alembert s'écriait : « C'est un Dieu », repartit : « Allons donc, si c'était un Dieu, il commencerait par se faire homme. » Si toutes ces insinuations avaient été fondées, il est probable que Mlle de Lespinasse n'eut pas songé aux heures d'aigreur à l'accuser d'être le père des enfants de sa domestique. Quoi qu'il en soit de tout cela, il est curieux de noter que les premiers succès du grand géomètre, si mal fait pour la vie mondaine, furent des succès de salon.

Dans ce temps-là, le bridge n'était pas inventé, les jasz et les thés dansants n'avaient pas encore traversé les mers. Les grands plaisirs mondains étaient la conversation et la correspondance. La vie mondaine commençait vers les six heures du soir, heure à laquelle s'ouvraient les salons, et se prolongeait fort avant dans la nuit. Les habitués de ces salons se retrouvaient presque tous les soirs, de là des rivalités de cercle souvent terribles, mais aussi des amitiés profondes. Quands ils ne pouvaient se voir et causer, ces habitués, ces amis, ces amants s'écrivaient. Jamais l'amour pour la correspondance n'alla si loin. « On a connu, dit Horace Nalpole, des gens qui s'écrivaient quatre fois le jour. On m'a parlé d'un couple qui ne se quittait jamais et dont l'amoureux, forcené pour écrire, mettait un paravent entre sa belle et lui, écrivait à Madame de l'autre côté du paravent et lui jetait les lettres par dessus. »

Cette fureur était-elle plus ridicule que la dansomanie d'après guerre ? Je l'ignore, mais j'ai bien peur que la collection entière des Tangos et des Rumbas d'hier ne vaille pas, au point de vue musical, ce qu'est au point de vue littéraire ou historique, la moindre correspondance de l'époque. En tous cas, si les hommes et les femmes d'alors avaient été moins écrivassiers, nous les connaîtrions moins et ce serait dommage.

D'Alembert fut introduit dans ce monde par Mme Geoffrin. Elle l'attira chez elle non pas à cause de son savoir, mais (le croirait-on ?) de ses talents de boutte-en-train. Son succès fut très grand, on le trouvait bien un peu « sans usage », mais ce

jeune homme, à peine échappé du collège, contait si bien les anecdotes, imitait si comiquement les célébrités du jour que sa renommée se répandit rapidement dans les salons rivaux. Mme du Deffant le connut ainsi,.c'était alors une personne d'âge qui commençait à être aveugle, mais elle avait un esprit prodigieux et s'entendait mieux que tout autre à dépister les jeunes célébrités et à les pousser dans le monde. Elle devina vite la réelle valeur du jeune savant, elle lui fit quitter son rôle, peu digne, d'amuseur, le prit comme compagnon et s'institua sa protectrice. Il s'établit rapidement entre le jeune homme et la vieille dame une amitié qui semblait devoir durer toujours et qui joua dans la vie de d'Alembert un rôle primordial. C'est Mme du Deffant qui lui donna conscience de sa valeur, c'est elle qui le fit entrer à l'Académie, « c'est chez elle qu'il connut Mlle de Lespinasse : c'est donc elle qui fixa sa destinée. » L'Académie tient en effet dans la vie littéraire de d'Alembert un rôle de premier plan, mais qu'est-il à côté de celui que joua, dans sa vie sentimentale ou même dans sa vie de tous les jours, Julie de Lespinasse ?

Jusqu'au jour où ils se rencontrèrent, leur destinée avait eu bien des points de ressemblance. D'Alembert lui-même les a mis en évidence dans une sorte d'autobiographie. « Tous « deux sans parents, sans famille, ayant éprouvé, dès le « moment de notre naissance, l'abandon, le malheur et l'in- « justice, la nature semblait nous avoir mis au monde pour « nous chercher, pour nous tenir l'un à l'autre lieu de tout, « pour nous servir d'appui mutuel comme deux roseaux qui, « battus par la tempête, se soutiennent en s'attachant l'un à « l'autre. » Julie, comme d'Alembert, était née d'une aventure galante. Sa mère, Mme d'Albon, s'occupa d'elle avec sollicitude jusqu'à sa mort, comme le général Destouches l'avait fait pour son fils. Mais en revanche, elle n'entendit jamais parler de son père. Sa mère morte, elle fut abandonnée par tous ceux qui à des titres divers auraient pu s'intéresser à elle. La retraite dans un couvent semblait devoir être sa seule ressource, quand, pour elle comme pour d'Alembert, Mme du Deffant apparut dans sa vie. Elle fut séduite par son charme, par son intelligence, autant que touchée par ses malheurs, elle la fit venir près d'elle, l'installa dans sa maison où elle lui donna le rôle de fille adoptive bien plutôt que celui de demoiselle de compagnie.

D'Alembert était le familier de la maison, la nouvelle

venue le conquit dès l'abord. Il s'établit entre eux une douce familiarité, de charmantes habitudes, une amitié confiante qui devait se transformer, au moins de son côté à lui, en un sentiment plus tendre. Cela dura dix ans, pendant dix ans il la vit tous les soirs, pendant dix ans leur amour augmenta doucement sans peut-être qu'ils en aient eu ni l'un ni l'autre une conscience bien nette. L'amour est égoïste et ce fut l'ingratitude qui les amena à Mme du Deffant, qui, n'étant aveugle que des yeux, devina leur passion, la vit se développer et en souffrit, mais d'abord silencieusement. Un jour, elle découvrit que chaque soir avant de venir dans son salon ses amis allaient causer une heure ou deux dans la chambre de Julie. C'était d'Alembert qui leur avait montré le chemin ; Turgot, Chastellux, Condorcet, Marmontel et bien d'autres étaient parmi les infidèles. Cette découverte amena un éclat terrible. Les deux femmes cessèrent toute relation. Les explications qu'elles eurent furent pénibles et blessantes. D'Alembert se laissa aller à des écarts de langage dont on retrouve des échos dans sa correspondance. Tout le monde ou presque donna tort à la pauvre vieille aveugle qui souffrit toujours de cette trahison et ne la pardonna jamais. Julie, elle, sortit de la crise indépendante et libre et ne tarda pas à devenir une des reines de Paris, n'excitant d'autre jalousie que celle de sa bienfaitrice d'hier.

Elle alla s'installer à deux pas de son ancienne protectrice, dans la rue Saint-Dominique, au coin de la rue Bellechasse. A peine installée, elle tomba malade et de la maladie qu'elle redoutait le plus : la petite vérole. C'est à cette maladie que nous devons le travail de d'Alembert sur l'inoculation. Pour l'instant, il ne songeait pas à écrire, mais à soigner son amie. Il commença ce jour-là son apprentissage de ce rôle de garde-malade qu'il devait quelques années plus tard tenir avec tant de dévouement. Il ne quitta pas Mlle de Lespinasse, ni nuit ni jour, se dépensant sans compter et souffrant plus des angoisses que son état lui inspirait que des fatigues qu'il s'imposait. Il fit si bien qu'il tomba lui-même malade. Ce furent d'abord des maux d'estomac, des vertiges, des céphalées, puis un épisode fébrile sur la nature duquel nous sommes mal fixés. La convalescence vint enfin et il écrivit à Voltaire pour le lui annoncer :

« J'ai pensé aller demander une pension au Père éternel qui sûrement ne m'aurait pas traité plus mal qu'on ne fait à Versailles.

Une inflammation d'entrailles m'a mis un pied dans la barque à Caron dans laquelle il me semble que je descendrai sans regret. Heureusement, ou malheureusement, le danger n'a pas été long. Il faut que le diable qui nous guette l'un et l'autre ne sache pas son métier, ou il se console apparemment en pensant que ce qui est différé n'est pas perdu. »

Mais cette convalescence fut traînante, après la période aiguë survint chez d'Alembert une période de prostration, de langueur, de dégoût du travail qui est comme la première ébauche de la crise neurasthénique qu'il devait éprouver plus tard. Les médecins qui le virent et les amis qui l'entourèrent attribuèrent son mal et la lenteur de son rétablissement au manque d'hygiène de sa demeure : « Il avait alors quarante-sept ans, mais n'avait pas encore quitté le logement de sa nourrice. Il y occupait une petite chambre mal éclairée, mal aérée, mal meublée que lui-même a comparée à un cachot. On le décida à chercher un appartement plus décent et le jour où il déménagea Duclos put s'écrier : « Voilà un jour remarquable, c'est aujourd'hui que l'on a sevré d'Alembert. »

Julie qui pendant tout le temps de sa maladie avait rendu à son ami les soins qu'elle en avait reçus, lui proposa de venir loger chez elle et lui céda pour un loyer modeste deux pièces placées à l'étage au-dessus de celui qu'elle occupait elle-même. D'Alembert accepta avec joie, aux yeux du monde on invoqua la raison de santé, mais lui du moins, nous en avons l'aveu, ne se trompa pas sur le vrai mobile de son acceptation.

Ils vécurent alors dans une intimité quasi conjugale et pour d'Alembert tout au moins commença une ère de bonheur dont il garda toute sa vie une reconnaissance infinie à Julie.

« Vous qui m'avez aimé, par qui du moins j'ai cru l'être, vous à qui je dois quelques instants de bonheur et d'illusion, vous enfin qui, par les anciennes expressions de votre tendresse, dont la mémoire m'est si douce encore, méritez plus la reconnaissance de mon cœur que tout ce qui respire autour de moi. »

Ce bonheur dura six ans. Julie fut pour lui une amie incomparable, une collaboratrice dévouée. Elle n'était pas encore devenue la célèbre amoureuse que nous a révélée la publication de sa correspondance. Mais au bout de ces six ans

s'ouvrit pour elle cette terrible crise sentimentale où sombra sa tranquillité et dont le contre coup devait déterminer la neurasthénie de d'Alembert.

C'est en 1766 que Julie rencontra pour la première fois le marquis de Mora. Elle avait alors 34 ans. Dès le premier jour, elle fut conquise :

« Je veux vous parler, écrit-elle à un de ses correspondants de « ce qui m'affecte en ce moment, d'une nouvelle connaissance « dont j'ai la tête pleine et dont je vous dirais que j'ai le cœur « plein si vous ne me niez pas d'en avoir un... une figure pleine « de bonté et d'agrément et qui inspire la confiance et l'amitié... « un caractère doux et liant, sans être fade, une douce chaleur « sans emportement, un esprit ferme, juste, rempli de traits et de « lumières, un cœur, ah ! quel cœur. Tous ses premiers mouve- « ments sont l'expression de la vertu, tous ses discours la respi- « rent et toutes ses actions en sont le modèle. »

Cette première impression ne devait que se confirmer par la suite, ce fut bientôt une passion sans limite plus vive encore d'être mutuelle. D'Alembert ne vit rien dont il put prendre ombrage. « A tenir auprès de Julie, dit M. de Ségur, le rôle d'époux honoraire, il en a pris du même coup la candeur classique et l'aveuglement traditionnel. » Il admirait d'ailleurs sincèrement le marquis de Mora. C'est lui qui le recommanda à Voltaire quand il entreprit le pèlerinage de Ferney et il le fit dans des termes singulièrement élogieux. Il ne souffrit jamais de l'intimité de Julie et du jeune hidalgo et cependant la crise de neurasthénie la plus caractérisée qu'il présenta fut indirectement causée par les amours de Mlle de Lespinasse. L'idylle des deux amants fut bientôt interrompue. Mora qui n'avait jamais été d'une santé très brillante eut une hémoptysie ; il fut obligé de quitter Paris pour chercher dans son pays un climat plus favorable. L'ardente Julie endura à la fois les tourments de l'absence et les préocupations que lui inspiraient la santé de son amant. Les souffrances morales ressenties influèrent fâcheusement sur son état physique et d'Alembert reprit son rôle de garde-malade. Il était rendu plus pénible par les troubles du caractère que présentait maintenant Julie : Voici une page du marquis de Ségur qui les dépeint à merveille et montre combien d'Alembert était à plaindre : « Celle qu'il avait associé à sa vie, énervée par l'at-

tente, rongée par des tourments dont elle devait dissimuler la cause, l'âme et le corps brisés par l'angoisse et par l'insomnie, maîtrisait mal les mouvements de son cœur. Son humeur, de tout temps inégale, se faisant chaque jour plus chagrine, tournant parfois à l'aigreur et à l'amertume ; ou encore, des journées entières, elle restait silencieuse au coin de son feu solitaire, absorbée par son idée fixe et concentrée dans sa douleur. Vainement pour lui complaire, et sentant d'instinct l'inquiétude que lui causaient les nouvelles de Mora, d'Alembert courait-il lui-même chercher, les jours de poste, le paquet arrivé d'Espagne. Pour qu'elle eût son courrier quelques instants plus tôt, il se levait à l'aube et dérangeait, lui, l'exactitude même, l'heure habituelle de son premier repas. « Il n'y a point de malheureux savoyard à Paris, dit Grimm dans sa correspondance, qui fasse autant de courses, autant de commissions fatigantes que le premier géomètre de l'Europe, le chef de la Société encyclopédique, le dictateur de nos académies, en faisait tous les matins pour le service de Mlle de Lespinasse. » Julie le remerciait de ces preuves de bonté, pour retomber bientôt dans sa rêverie distraite et dans sa froideur accablée. Sensible au fond comme nous le connaissons, d'Alembert souffrait d'autant plus d'un tel changement d'humeur qu'il en comprenait mal la cause ; le chagrin minant sa santé, toujours fragile et délicate. Il en arrivait peu à peu à ne plus manger ni dormir, le travail même, suprême consolateur, lui devenait presque impossible. Dans toutes ses lettres de ce temps, à Voltaire, au Père Paciaudi, à ses autres correspondants, il décrit ce fâcheux état, se peint comme faible, abattu, déprimé, le corps las, la tête vide, à demi « imbécile de découragement et de tristesse ». Il est impossible de ne pas reconnaître dans cette énumération les signes classiques de la neurasthénie.

C'est dans une lettre à Voltaire, du 25 janvier 1770, qu'apparaît la première plainte, rédigée sur un ton badin, mais déjà éloquent :

« Nous avons bien des confrères qui menaçent ruine, l'abbé Alary, le président Hénault, Paradis de Moncrif qui sera bientôt Moncrif de paradis. Ne vous avisez pas d'être leur compagnon de voyage, vous n'êtes pas fait pour cette compagnie, attendez plus tôt que nous partions ensemble pour peu que vous soyez pressé, je crois que je ne vous ferai pas attendre, j'ai des étourdissements

et un affaiblissement de tête qui m'annonçent le détraquement de la machine. Je vais essayer de vivre en bête pendant trois ou quatre mois car je ne connais de remède que le régime et le repos. Adieu, mon cher ami, je vous embrasse de toute mon âme. Quand je me verrai prêt à mourir, je vous manderai, si je puis, le jour que j'aurai retenu ma place au coche. »

Il suffit de glaner dans la correspondance de cette époque pour découvrir la description des symptômes neurasthéniques. Dans une lettre du 22 février on lit la description des sensations de vertige :

« Que vous êtes heureux, mon cher et illustre maître, de pouvoir à votre âge de soixante-seize ans vous occuper encore plusieurs heures par jour. Pour moi je suis obligé depuis six semaines de renoncer à toute espèce de travail, grâce à une faiblesse de tête qui me permet à peine de vous écrire. Elle me tourne presqu'autant qu'au nouveau contrôleur général, dont vous aurez appris les belles opérations et aux pauvres libraires de l'Encyclopédie dont vous aurez appris la déconfiture. Je voudrais bien aller partager votre solitude, mais je ne puis, dans l'état où je suis m'exposer à changer de place quoique je ne me trouve pas trop à la mienne. »

La sensation du vide cérébral, l'incapacité à tout travail se devine dans des phrases comme celle-ci : « Priez Dieu surtout mon cher ami, pour ma pauvre tête, car je n'en ai plus, il ne me reste qu'un cœur pour vous aimer et une plume pour vous le dire. » Ou encore : « Quant à moi j'ai toujours assez peu envie de rire, attendu mon imbécillité qui continue, mais cette imbécillité ne m'empêchera pas de vous chérir et vous honorer comme vous le méritez. »

Les idées tristes, la sensation de la mort prochaine, le dégoût de tout se découvre dans une autre lettre au même Voltaire :

« Vous avez dû, mon cher maître, recevoir une lettre de moi par M. Pigalle et une autre par M. Panckoucks, celle-ci ne sera pas longue, car à mon imbécillité continue s'est jointe depuis quelques jours une profonde mélancolie. Je crois que je serai votre précurseur dans l'autre monde, si cela continue, je voudrais bien pourtant après vous y avoir annoncé, ne pas vous y voir arriver de longtemps. ...Adieu, mon cher maître, je n'ai pas la force de vous en écrire davantage. Je vous embrasse et vous aime de tout mon cœur. »

L'insomnie peut aussi s'écrire parmi les troubles éprouvés :

« Mon cher et illustre ami, j'ai reçu à la fois deux de vos lettres et je me hâte de répondre aux articles essentiels, car je ne vous écrirai pas une longue lettre étant toujours imbécile, triste et presque entièrement privé de sommeil... Adieu, mon cher maître, je n'ai pas la force d'en écrire davantage. »

Enfin par-ci par-là éclatent de vrais cris de détresse : « Je ne sais quand cela se passera. Si je dois continuer à vivre ainsi, j'aimerai beaucoup mieux finir. » Et partout on retrouve plus ou moins détaillée la sensation de lassitude qu'accusent tous les neurasthéniques.

En fait, tous ceux qui l'approchaient voyaient sa détresse. Julie elle-même s'en aperçut et voici la lettre qu'elle écrivit à Condorcet pleine de détails précieux pour une étude médicale :

« Venez à mon secours, Monsieur, j'implore tout à la fois votre « amitié et votre vertu. Notre ami, M. d'Alembert est dans un état « des plus alarmants, il dépérit d'une manière effrayante, il ne « dort plus et ne mange que par raison, mais ce qui est pis que « tout cela encore, c'est qu'il est tombé dans la plus profonde « mélancolie, son âme ne se nourrit que de tristesse et de douleur, « il n'a plus d'activité ni de volonté pour rien, en un mot il périt « si on ne le tire par un effort de la vie qu'il mène. Ce pays-ci ne « lui présente plus aucune dissipation, mon amitié, celle de ses « autres amis ne suffisent pas pour faire la diversion qui lui est « nécessaire. Enfin nous nous réunissons tous pour le conjurer de « changer de lieu et de faire le voyage d'Italie, il ne s'y refuse « pas tout à fait, mais jamais il ne se déterminera à faire le voyage « seul, et moi-même je ne le voudrai pas. Il a besoin des secours « et des soins de l'amitié et il faut qu'il trouve cela dans un ami « tel que vous, Monsieur. Vous êtes selon son goût et son cœur, « vous seul pouvez nous l'arracher à un état qui nous fait tout « craindre. Voilà donc ce que je désirerai et que je soumets bien « plus à votre sentiment qu'à votre jugement : c'est que vous lui « écrivissiez qu'il serait assez dans vos arrangements de faire le « voyage d'Italie. cette année, parce qu'il vous est important de « profiter du séjour qu'y doit faire M. le cardinal de Bernis. Vous « partirez de ce texte pour lui dire que vous désireriez qu'il vou- « lût bien faire ce voyage avec vous et que vous pensez que cette « espèce de dissipation le remettrait en état de travailler et par « conséquent de jouir de la vie, ce qu'il ne fait point depuis qu'il « est privé du plus grand intérêt qu'il y eût, qui est le travail, etc.

« Vous sentez bien que cette tournure est nécessaire parce que « quelque confiance qu'il ait en votre amitié il craindrait d'en

« abuser en vous demandant de faire le voyage dans ce moment-ci.
« D'ailleurs il ne veut rien assez fortement pour solliciter, il faut
« aller au-devant de lui, il me dit sans cesse qu'il n'y a plus pour
« lui que la mélancolie et la mort et il s'y livre d'une façon à déso-
« ler ses amis. Vous partagez mon sentiment, Monsieur, et il n'y
« a que vous qui puissiez nous conserver l'ami le plus sensible et
« l'homme le plus vertueux. Ne perdez point de temps, Monsieur,
« il faudrait pouvoir partir à la fin de septembre. Je croirai vous
« blesser en vous parlant des difficultés personnelles que vous
« aurez sans doute à vaincre, mais vous êtes sensible et vertueux,
« vous aurez l'activité, la générosité et la force nécessaires et c'est
« M. d'Alembert qui est votre ami. S'il fallait faire un sacrifice
« dans votre vie, y eût-il jamais personne qui le méritât plus que
« votre malheureux ami ? J'ai le cœur navré, je vous parlerai d'ici
« à demain sur le même sujet et j'attristerai peut-être votre âme et
« j'aurai à me reprocher de l'affaiblir et vous faut de la force.
« Courage, Monsieur, vous êtes dans cet heureux âge où la vertu a
« toute son énergie. Vous comprenez bien qu'il faut que M. d'Alem-
« bert ignore ce que je vous ai écrit. »

Il le fallait si bien que d'Alembert survint à ce moment précis et que ce fut Julie elle-même qui le mit au courant de ce qu'il devait ignorer, puis elle ajouta à sa lettre ce *post-scriptum* :

« M. d'Alembert me surprend à vous écrire et je viens de lui
« avouer de bonne foi que je vous proposai le voyage d'Italie. Il
« m'y paraît décidé. Partez de là, Monsieur, pour prendre vos
« arrangements avec lui, mais promptement. Il ne faut pas se
« laisser refroidir une volonté qui sera aussi salutaire à sa santé
« et par conséquent aussi nécessaire au bonheur de ses amis.
« Venez, venez, ou du moins n'ayez pas une pensée et ne faites
« pas un mouvement qui ne soit relatif à cet objet. »

Cette lettre est du 27 juillet. Les jours suivants furent employés à étudier les modalités du voyage et le 4 août tout était à peu près arrêté et d'Alembert annonçait le projet à Voltaire en ces termes :

« J'ai une nouvelle à vous apprendre, c'est que vraisemblable-
« ment j'aurai bientôt le plaisir de vous embrasser. Tous mes amis
« me conseillent le voyage d'Italie pour rétablir ma tête, j'y suis
« comme résolu, et ce voyage me fera, comme vous croyez bien
« passer par Ferney soit en allant, soit en revenant. La difficulté

« est d'avoir un compagnon de voyage, car dans l'état où je suis, « je ne voudrais pas aller seul. Une autre difficulté encore plus « grande c'est l'argent, que je n'ai pas. Beaucoup d'amis m'en « offrent, mais je ne serais pas en état de le leur rendre, et je ne « veux l'aumône de personne. J'ai pris le parti d'écrire il y a « huit jours au roi de Prusse, qui m'avait déjà offert, il y a sept « ans, quand j'étais chez lui les secours nécessaires pour ce voyage « que je me proposais alors de faire. J'attends sa réponse ainsi « que celle d'un ami à qui j'ai proposé de m'accompagner, et pour « lors je vous écrirai ma dernière résolution...

« L'essentiel serait de se bien porter, soit en ce monde soit en « l'autre, mais *hoc opus, hic labor est.* Adieu, mon cher ami, je « me fais d'avance un plaisir de l'espérance de vous embrasser « encore. »

La réponse de Voltaire ne tarda pas. Pour lui qui avait au fond la nostalgie de Paris, l'idée d'un voyage en Italie même pour raison de santé n'était pas des plus raisonnables. L'appel au roi de Prusse qu'il connaissait bien et avec lequel il était à ce moment-là brouillé ne lui inspirait qu'une confiance relative et sa lettre d'ailleurs pleine d'affection manque peut-être d'enthousiasme :

« Mon cher philosophe, mon cher ami, dit-il, vous êtes donc « dégoûté de Paris, car assurément on ne se porte pas mieux sur « les bords du Tibre que sur ceux de la Seine. M. de Fontenelle « à qui vous tenez de fort près, a vécu cent ans, sans en avoir eu « l'obligation à Rome, mais enfin *ognumo faccia secundo il suo* « *cervello.*

« Je souhaite que Deny (le roi de Prusse) fasse ce que vous « savez, mais je doute que le viatique soit assez fort pour vous « procurer toutes les commodités et tous les agréments nécessaires « pour un tel voyage, et si vous tombez malade en chemin ? que « deviendrez-vous ?

« Ma philosophie est sensible, je m'intéresse tendrement à vous, « et je suis bien sûr que vous ne ferez rien sans avoir pris les « mesures les plus justes.

« Je vous embrasse du fond de mon cœur. »

Voltaire pour une fois au moins fut mauvais prophète. D'Alembert avait demandé à Frédéric environ deux mille écus qu'on lui avait assuré être nécessaires pour faire le voyage avec quelque aisance et surtout pour quelqu'un d'infirme et de malade. Quinze jours plus tard, de Berlin, arrivaient 6.000

livres, accompagnées il est vrai d'une épigramme : « C'est « une consolation pour moi que ces rois tant vilipendés puis- « sent être de quelque service aux philosophes. Ils sont donc « au moins bons à quelque chose. »

Au commencement d'octobre, d'Alembert et Condorcet partirent. Mais avant de gagner l'Italie ils s'arrêtèrent à Ferney. Voltaire lui-même les en avait priés sur le ton qui lui était coutumier, les avertissant que passer par Dijon et par chez lui c'était s'épargner vingt-cinq lieues et il terminait :

« Adieu, mon très cher voyageur, Mme Denis se joint à moi « pour vous prier de passer par chez nous en allant voir le Saint « Père, à qui vous ne manquerez pas de faire mes tendres compli- « ments. »

Le séjour de Ferney amena du reste la guérison de d'Alembert. Je voudrais pouvoir vous dire ce que furent les conversations des deux amis et quel secret de psychothérapie employa Voltaire. Sans doute, la chaleur de l'accueil, la gaieté du milieu, l'éloignement des soucis quotidiens intervinrent surtout pour changer l'humeur de d'Alembert, lui rendre l'appétit, le sommeil et le goût de la vie. Mais je ne serais pas étonné que ce qui agit le plus sur notre malade ce fût le contraste de l'activité intellectuelle de son hôte et de ses plaintes perpétuelles sur son état physique. On a dit souvent que pour guérir et comprendre les neurasthéniques il faut l'avoir été un peu soi-même. Voltaire de ce côté était un merveilleux psychothérapeute, il fut neurasthénique toute sa vie et au moment de la visite de d'Alembert il l'était plus que jamais. Il nous est difficile de savoir exactement ce qu'ils se dirent, mais sûrement le vieil ermite de Ferney lui persuada qu'il était plus malade que lui, les lettres qu'il lui adressa peu de jours avant son arrivée donnent le ton :

« Je vous écris, c'est bien tout ce que je puis faire, car je tombe « dans un état qui ne me permettra pas de vivre longtemps. Vrai- « ment c'est bien autre chose que la faiblesse dont vous vous van- « tez. J'écris au roi de Prusse, mais tout cela n'est que *vanitas* « *vanitatum,* quand la machine est épuisée. C'est une plaisante « chose que la pensée dépende absolument de l'estomac et que « malgré cela les meilleurs estomacs ne soient pas les meilleurs « penseurs. Si je suis mort quand vous arriverez à Ferney,

« Mme Denis vous fera les honneurs de la maison ; »

Et l'on retrouve la même note dans des phrases comme celle-ci :

« Vie de malingre, vie insupportable, mort continuelle avec des « moments de résurrection, j'en sais des nouvelles depuis plus de « soixante ans. »

Quoi qu'il en soit, la santé de d'Alembert s'améliora rapidement. Voltaire l'avait guéri, et on pourrait presque dire qu'il avait guéri Voltaire. Celui-ci écrivait en effet au comte d'Argental :

« J'ai ici pour ma consolation M. d'Alembert et M. le Marquis « de Condorcet et à Mme Necker. » J'ai actuellement chez moi « M. d'Alembert dont la santé s'est affermie, et dont l'esprit juste « et l'imagination intarissable adoucissent tous les maux dont il « m'a trouvé accablé. J'achève ma vie dans les souffrances et dans « la langueur, sans aucune perspective que de voir mes maux « augmentés si ma vie se prolonge. Le seul remède est de se sou- « mettre à sa destinée. »

D'Alembert se trouva bientôt si bien qu'il renonça à son projet de voyage en Italie. Il quitta Ferney à la fin octobre et rentra à Paris en faisant un tour en Provence et en Languedoc, il passa par Lyon, Aix, Montpellier et Toulouse. Puis il revint auprès de son amie. Sur les six mille écus de Frédéric, il en avait à peine dépensé quinze cents. Il voulut rendre le surplus, mais le roi refusa de le reprendre et d'Alembert l'employa à des œuvres de bienfaisance. Tous ses amis se réjouissaient de sa guérison : « M. d'Alembert se porte bien « depuis son retour, écrit Condorcet au Père Paciaudi. Il avait « besoin de voyager pour sentir le prix du repos et d'une vie « douce avec un petit nombre d'amis. » Grimm, lui, était plus enthousiaste et faisant remonter à Voltaire le mérite de la guérison il lui écrivait : « Vous nous avez renvoyé frère « d'Alembert en bien meilleure santé, c'est que vous êtes le « Christ de ces temps-ci, qui vous touchez guérit. Que ne « suis-je malade pour avoir le droit d'aller chercher ma gué- « rison. »

En réalité, il se passa pour d'Alembert ce qui se passe pour tous les neurasthéniques, sa guérison n'alla pas sans menace de rechute. Au commencement de 1771, il recommença à éprouver les symptômes dont il connaissait la ter-

rible signification. Il cessa de travailler vers le mois d'avril et Julie écrivait à Condorcet : « Je ne suis pas contente de « la santé de notre ami, il est abattu et triste depuis quelques « jours, je crains qu'il ne retombe dans le même état où il « était l'année dernière, cela serait affreux, car il n'y aurait « plus la ressource du voyage. » Mais il se remonta vite et à la fin mai toute crainte de rechute avait disparu.

D'Alembert était guéri. Je ne pense pas qu'il me soit nécessaire de revenir en arrière pour légitimer le diagnostic de neurasthénie. Notre héros en éprouva, je l'ai montré tout à l'heure, tous les symptômes. La forme de la maladie fut des plus classiques et guérit suivant toutes les règles par l'abandon du milieu habituel, le repos et un réconfort psychothérapique de premier ordre : celui de Voltaire. Les raisons de cette crise furent également des plus banales, on y trouve réunis le surmenage, les inquiétudes morales, les alternatives d'espoir et de crainte, et les secousses affectives. Les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets. A la vérité, il est rare aujourd'hui de voir l'amour, même méconnu ou contrarié, avoir de si tristes conséquences. Le Français moyen du xx[e] siècle est sans doute moins sentimental, quand il devient neurasthénique, les soucis qui semblent l'avoir précipité dans la maladie, sont d'ordre plus terre à terre. Les questions fiscales, la sincérité d'une déclaration d'impôt sur le revenu, la crainte d'une imposition d'office y jouent le premier rôle. Il semble que comme cause de neurasthénie les Julie de Lespinasse aient cédé la place au contrôleur des contributions directes.

J'en reviens à d'Alembert, il était guéri, mais sa guérison ne fut pas définitive. Quand il revint à Paris celle qui tenait si fort sa destinée, et dont toutes les peines avaient chez lui un si douloureux retentissement, vivait les jours les plus heureux de sa vie. Mora était de retour auprès d'elle. Elle le voyait sans cesse et passait souvent en tête à tête la plus grand partie des journées. D'Alembert la vit heureuse et ne devina rien. Mais ce bonheur dura peu. Mora retomba malade et dut s'éloigner. La séparation fut déchirante, Julie retomba dans son humeur inégale et chagrine, d'Alembert reprit son rôle de garde-malade.

Il fit d'abord tout pour la distraire. Un jour il la conduisit à un dîner littéraire. *Elle y rencontra M. de Guibert.* C'était alors l'homme à la mode ; « ses admirateurs sur ses premiers

essais en divers genres découvraient en lui tout à la fois, le successeur de Bossuet, de Corneille et de Condé (1). Dans les salons on discutait toute une soirée sur ce point s'il en fut « lequel serait le plus à désirer d'être la mère, la sœur ou la maîtresse de M. de Guibert (2) ». En fait, la renommée de M. de Guibert n'eût qu'un temps, mais il n'en succéda pas moins à M. de Mora dans le cœur de Mlle de Lespinasse.

Dès l'abord, il lui plut extrêmement. Elle n'en écrivit rien à M. de Mora, en parla peu à d'Alembert, beaucoup plus à Condorcet et bien davantage à M. de Guibert lui-même. Son amour crût rapidement, il devait être pour elle la cause d'un long martyre dont d'Alembert devait endurer le contre coup.

D'Alembert ne soupçonna pas davantage la nouvelle passion de son amie qu'il n'avait deviné la première. Il comprit cependant qu'il n'occupait pas la première place dans son cœur et c'est avec tristesse qu'il termina la dédicace du portrait qu'il lui offrit par ces deux vers mélancoliques :

« Et dites quelquefois en voyant cette image,
« De tous ceux que j'aimai qui m'aima comme lui ? »

Il ne cessa de lui montrer le même dévouement. L'entourant de mille attentions, ne se plaignant jamais, ne rencontrant le plus souvent qu'indifférence, parfois des marques d'une véritable répulsion, plus rarement une manifestation de pitié. Après la mort du marquis de Mora, il écrivit au père du disparu, le comte de Fuentes, une lettre éloquente. Il la lut à son amie, une commune douleur ramena un instant d'harmonie. « M. d'Alembert, dit-elle avec gratitude, a écrit à M. de Fuentes, il a écrit de son propre mouvement et en me lisant cette lettre il pleurait et il me faisait fondre en larmes. »

Pour complaire à son amie, il s'informe des nouvelles de Guibert, quand malade elle ne peut écrire, c'est lui qui sert d'intermédiaire. Un jour où elle fut particulièrement brutale avec lui et le congédia, il s'écrie : « Que je suis malheureux que M. de Guibert ne soit pas ici. » Cet aveuglement peut prêter à sourire, il n'en reste pas moins une touchante preuve de la profondeur de son amour.

Julie avait, malgré tout, conscience de cette immense affection, parfois elle éprouvait du remords de ses froideurs et

(1) Joseph Bertrand. — *D'Alembert.* Hachette, 1889.
(2) *La Harpe,* cité par de Ségur.

de ses brutalités, elle faisait alors un geste de reconnaissance que le pauvre d'Alembert accueillait comme un retour de tendresse. Puis, peu à peu, la pitoyable amoureuse, torturée par sa passion, et aussi, semble-t-il, usée par l'usage de l'opium, s'affaiblit et sentit venir la fin prochaine. Le 21 mars 1776, elle écrivit un mot à l'adresse de Guibert puis appela d'Alembert, « eu quelques phrases à peine distinctes murmurées plus qu'articulées, elle le remercia humblement de ses bontés, de son long dévouement, lui demanda pardon de son ingratitude. Ce langage, ce ton affectueux dont il avait désappris la douceur, envahirent sa timidité ; il tenta de l'interroger, de connaître enfin le secret d'une inexplicable conduite ; mais il était trop tard, elle n'avait plus la force « ni de parler ni de l'entendre », ils ne purent que mêler leurs larmes. » (1). Elle s'évanouit, revint un moment à elle, puis mourut.

Le lendemain, les obsèques eurent lieu. D'Alembert et Condorcet conduisaient le deuil. Tous deux étaient accablés de douleur. Il restait à d'Alembert de découvrir que, depuis longtemps, Julie ne l'aimait plus et que peut-être elle ne l'avait jamais aimé. Il était en effet l'exécuteur testamentaire. Une lettre, la dernière qui lui fut adressée, écrite cinq jours avant la mort, le chargeait de ce soin.

« *A 6 heures du matin, jeudi.*

« Je vous dois tout. Je suis si sûre de votre amitié que je vais employer ce qui me reste de force à supporter une vie où je n'espère ni ne crains plus rien. Mon malheur est sans ressource comme sans consolation, mais je sens encore que je vous dois de faire effort pour prolonger des jours que j'ai en horreur. Cependant comme je ne puis pas assez compter sur ma volonté et qu'elle pourrait bien céder à mon désespoir, je prends la précaution de vous écrire pour vous prier de brûler, sans les lire, tous les papiers qui sont dans un grand portefeuille noir. Je n'ai pas la force d'y toucher. Je mourrais en revoyant l'écriture de mon ami. J'ai aussi dans ma poche un portefeuille couleur de rose où il y a de ses lettres que je vous prie de brûler. Ne les lisez pas, mais gardez son portrait pour l'amour de moi. Je vous prie aussi de faire exécuter ce que je demande dans mon testament, que vous avez entre les mains... diverses dispositions d'argent.

---

(1) Marquis DE SÉGUR. — *Loc-citato*, n° 523.

Puis ce mot sur Guibert :

« Je ne me rappelle pas si j'ai disposé du secrétaire, où vous trouverez cette lettre, mais dans ce doute, je vous prie de l'envoyer chez M. de Guibert, en le priant de le recevoir comme une marque de mon amitié. »

Enfin :

Adieu, mon ami, ne me regrettez pas. Songez qu'en quittant la vie je trouve le repos, que je ne pouvais plus espèrer. Conservez le souvenir de M. de Mora comme de l'homme le plus vertueux, le plus sensible et le plus malheureux qui existât jamais. Demandez à M. de Magallar s'il peut revoir mes lettres. Je suis sûre qu'il les avait avec lui, dans un grand portefeuille. Informez-vous de ce qu'on en a fait à Bordeaux, et si elles peuvent vous revenir, brûlez-les sans les lire. Encore une fois. oubliez-moi. Conservez-vous, la vie doit encore avoir de l'intérêt pour vous. Vos vertus doivent vous y attacher. Adieu, le désespoir a séché mon cœur et mon âme, je ne sais plus exprimer aucun sentiment. Ma mort n'est qu'une preuve de la manière dont j'ai aimé M. de Mora. La sienne ne justifie que trop qu'il répondait à ma tendresse plus que vous ne l'avez jamais pensé. Hélas, quand vous lirez ceci je serai délivrée du poids qui m'accable. Adieu, mon ami. Adieu.

« Un mot de moi à Mme Geoffrin : elle aimait mon ami. »

(La bienfaitrice passe après l'aimé de l'ami).

« Je veux être enterrée avec la bague que j'ai au doigt.

« Adieu, mon ami, pour jamais. »

Cette lettre, déjà éloquente, l'était moins qu'un manuscrit qu'il trouva en classant les papiers et où étaient contés les amours de Julie et du marquis de Mora. Ce fut pour lui une révélation terrible. Comme pour mieux manifester la sincérité et la perfection de son aveuglement, il choisit Guibert comme confident de son irritation. Voici la douloureuse lettre qu'il lui adressa :

« ...A l'égard de mon ingrate et malheureuse amie, qui l'était de « tout le monde excepté de moi, que ne donnerais-je pas, Monsieur, « pour que votre amitié pour elle et pour moi ne se trompât point « dans les assurances que vous me donnez de ses sentiments. « Mais malheureusement pour moi, malheureusement même pour « sa mémoire, la voix publique ne s'accorde point avec la vôtre. « Je crains bien que vous ne vous y réunissiez, si j'ai la force de

« vous instruire un jour de mille détails qui ne prouvent que trop « combien la voix publique a raison, quoique le public les ignore, « que vraisemblablement vous les ignorez vous-même... Plaignez-« moi, Monsieur, plaignez mon abandon, mon malheur, le vide « affreux que je vois dans le reste de ma vie. Je l'ai aimée avec « une tendresse infinie, je n'ai jamais été le premier objet de son « cœur, j'ai perdu seize ans de ma vie, et j'ai soixante ans. Que « ne puis-je mourir en écrivant ces tristes mots et que ne peuvent-« ils être gravés sur ma tombe. Conservez-moi votre amitié, elle « ferait ma consolation, si j'en étais susceptible, mais tout est « perdu pour moi, et je n'ai plus qu'à mourir. »

Et ce fut une nouvelle crise de neurasthénie, moins vive et plus lamentable que la première. Il n'écrivit plus ou du moins n'écrivit plus que des plaintes. Comme Julie avait fait quand elle écrivait à Mora mort, lui écrivit à Julie morte :

« O vous qui ne pouvez plus m'entendre, vous que j'ai si tendre-« ment et si constamment aimée, vous dont j'ai cru être aimé quel-« ques moments, vous que j'ai préférée à tout, vous qui m'eussiez « tenu lieu de tout si vous l'aviez voulu... par quel motif, que je ne « puis comprendre ni soupçonner, ce sentiment si doux pour moi, « que vous éprouviez peut-être s'est-il changé tout à coup en éloi-« gnement et en aversion ? Douce et chère mélancolie, vous serez « donc aujourd'hui mon seul lien, ma seule consolation, ma seule « compagne... En vain je ferai des efforts pour m'étourdir et me « distraire, en vain j'essaierai différents genres de travaux, d'étu-« des, de lectures, ma tête fatiguée et presque épuisée est aujour-« d'hui privée de cette ressource qui a si souvent adouci mes pei-« nes, elle me laisse tout entier à ma tristesse et la nature anéantie « pour moi ne m'offre plus ni un objet, ni intérêt, ni même un « objet d'occupation. »

Ce ne fut plus, dès lors, qu'une lamentable épave. Rien ne parvint à vaincre sa tristesse. En vain il s'évada des lieux où il l'avait connue et s'enfuit de la rue St-Dominique et alla loger au Louvre... Son regard était triste, son sourire amer, sa voix résignée.

« Il est profondément blessé, écrit Condorcet à Turgot, et tout ce que j'espère pour lui, c'est un état supportable. » Un jour, il reparut à l'Académie, c'était pour lire l'éloge funèbre de « M. de Saci ». Il a profité, lit-on dans la chronique de Metra, de « la circonstance de la liaison de la marquise de « Saint-Lambert avec M. de Saci pour peindre la douleur

« qu'eut la première lorsqu'elle perdit ce respectable ami.
« Alors, comme échauffé par ce souvenir et cette ressem-
« blance, il a peint, avec les couleurs les plus énergiques, les
« regrets d'une telle privation, il a dit combien elle faisait
« désirer de quitter cette vie, où l'on éprouvait tant de
« malheurs, pour se rejoindre à l'objet de son affection, et il
« a établi la nécessité, pour des cœurs frappés de tels senti-
« ments, de la croyance à l'immortalité de l'âme... Le ton dont
« il a prononcé cet espèce de panégyrique, les larmes qui cou-
« laient de ses yeux, ont fait partager son attendrissement à
« tous les spectateurs. »

Il rentra ensuite dans la nuit et ne se consola plus. Un journal de l'époque parle de lui en ces termes : « Il est
« retombé dans l'état vaporeux où il était, il y a quelques
« années, lorsqu'il entreprit son voyage d'Italie. Ce qui
« augmente le fâcheux de sa situation, c'est qu'il ne peut plus
« se distraire par des occupations sérieuses et soutenues,
« surtout à l'égard des hautes sciences et de la géométrie
« transcendante. » Désespéré, il traîna une vie lamentable et s'éteignit sept ans après, en 1783.

J'ai fini l'histoire que je voulais vous conter. C'est, comme vous le voyez, un beau conte d'amour et de mort qu'un poète vous eût mieux dit qu'un médecin. Et cependant, ces notations médicales que j'ai glanées de ci, de là, ne sont pas inutiles, elles établissent, mieux que toute autre preuve, la sincérité de ce roman. A défaut d'autre conclusion, je voudrais vous faire partager la sympathie que d'Alembert inspira à ses contemporains et qu'il me paraît mériter. Car beaucoup qui se sont occupés de lui l'ont critiqué durement. Arsène Houssaye, par exemple, a écrit sur lui quelques pages qui le dépeignent comme un orgueilleux, un arriviste, un cœur sec et presque un petit esprit. Il est possible qu'il eût des travers et des défauts mais un homme qui aima comme il aima, au point d'en souffrir et d'en devenir malade, ne pouvait être qu'un grand cœur. A lui aussi, il doit être beaucoup pardonné parce qu'il a beaucoup aimé.

PREMIER RAPPORT

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

ET

DISCUSSION

LE ROLE ET L'IMPORTANCE
DES CONSTITUTIONS
EN PSYCHOPATHOLOGIE

AVANT-PROPOS

Les constitutions psychopathiques ont acquis, depuis le début du siècle, une importance de plus en plus grande en pathologie mentale et sont, actuellement, sous les différentes formes doctrinales qu'elles revêtent, parfaitement connues de tous les psychiatres. C'est pourquoi nous nous garderons de présenter une banale « revue générale » de la question ; dans l'intérêt même de la discussion, nous choisissons de résumer les opinions que nous avons personnellement exposées et défendues à plusieurs reprises, persuadé qu'elles ne manqueront pas de soulever de multiples objections et d'utiles critiques.

DESCRIPTION SOMMAIRE DES CONSTITUTIONS

Aperçu historique. — Kræpelin et son école, continuant et complétant l'œuvre des aliénistes français Esquirol, Morel, J. Falret, etc., en général, et de Magnan en particulier, ont commencé à diviser le bloc des prédisposés et dégénérés et à y individualiser les premiers types. Avant Kræpelin déjà, Kraft-Ebing avait dit : « La folie primaire (la paranoïa) représente pour ainsi dire une hypertrophie du caractère anormal », et Kahlbaum et Hecker avaient parlé de cyclothymie. Mais c'est Kræpelin et son élève Wilmanns qui ont nettement décrit les constitutions paranoïaque et cyclothymique, bientôt suivies en France par Deny et son élève Pierre Kahn pour la constitution cyclothymique et, en Italie, par Tanzi et Riva, pour la constitution paranoïenne. Très peu de temps avant la première publication de Deny, Dupré avait décrit, en France, les constitutions mythomaniaque et émotive. Ainsi est née la doctrine des constitutions et, en accord avec elle, on a pris

l'habitude de décrire maintenant sous le nom de constitution perverse l'état mental constitutionnel depuis longtemps connu sous les noms de manie sans délire (Pinel), moral insanity (Pritchard), manie instinctive (Morel), imbécillité morale (Maudsley), débilité morale, folie morale, etc...

Enfin, depuis une dizaine d'années, le P[r] Claude et son école, à la suite de Bleuler et Kretschmer, ont proposé une constitution schizoïde.

Définition. — *Sous le nom de constitution psychopathique, on entend l'existence d'un groupe défini de tendances psychiques faisant partie de la personnalité innée du sujet, se manifestant de la façon la plus précoce et dès les premiers linéaments de la vie, se continuant tout au long de l'existence, s'extériorisant par des réactions légères ou marquées, affectant, par rapport aux autres groupes de tendances, toutes les formes et toutes les combinaisons réciproques. D'une durée indéfinie, à la manière d'infirmités, plutôt que de maladies vraies, les constitutions sont susceptibles d'aboutir à l'éclosion de psychoses cycliques, rémittentes ou au contraire progressives ; elles correspondent à des modalités de déséquilibre qui, chez un même sujet, peuvent se rencontrer uniques ou multiples, isolées ou associées ; elles représentent, dans une personnalité anormale, la partie morbide, dont la proportion varie suivant le degré et le nombre des constitutions en jeu.*

Constitution cyclothymique. — On considère qu'elle est caractérisée par l'alternance d'états d'excitation gaie et d'états de dépression triste. Nous dirons plus tard pourquoi cette alternance nous paraît plutôt faite d'états d'hyperactivité et d'états d'hypoactivité et représente essentiellement un déséquilibre de l'activité. Toutefois, on peut comprendre d'emblée comment, suivant la loi déjà énoncée par Aristote, une surabondance d'activité s'accompagne habituellement de gaieté, tandis qu'une gêne de l'activité entraîne le plus ordinairement de la tristesse.

L'alternance peut être à peu près régulière (petits circulaires). Elle est beaucoup plus fréquemment irrégulière — irrégulièrement périodique, disait notre maître Gilbert Ballet — (petits intermittents).

L'alternance, malgré sa constance, n'est pas toujours apparente. Il peut y avoir, en effet, une prédominance pres-

que exclusive d'un des états par rapport à l'autre (excités constitutionnels ou déprimés constitutionnels. Néanmoins, le passage d'un pôle à l'autre de l'activité demeure le caractère le plus fondamental de la constitution cyclothymique et l'excitation ou la dépression ne sont jamais que relatives.

Constitution hyperémotive. — Elle a été définie par Dupré comme « un certain mode de déséquilibration du système nerveux, caractérisé à la fois par l'éréthisme diffus de la sensibilité et l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire, en vertu duquel l'organisme présente aux ébranlements qui sollicitent sa sensibilité des réactions anormales par leur vivacité, leur extension et leur durée et se montre ainsi plus ou moins incapable de s'adapter aux circonstances soudaines, aux situations imprévues, aux milieux nouveaux ».

Nous l'avons nous-même ainsi définie : « Les sujets dotés de cette constitution réagissent d'une manière particulièrement brusque aux émotions et dépassent, dans ces réactions, les effets utiles de l'ébranlement psychique ; ce sont eux que l'on désigne communément sous les noms de « sensibles » et « d'impressionnables » ; non seulement ils présentent, à l'occasion, des réactions émotives exagérées, mais encore ils restent sans interruption sous l'empire d'une sorte de gêne psychique qui se traduit, dans les circonstances multiples de la vie quotidienne même les plus futiles, par des états divers d'appréhension, de crainte, de doute, de scrupule, d'hésitation ou d'impulsivité. »

Constitution paranoïaque. — Elle est considérée, à peu près par tous les auteurs, Kræpelin, Sérieux et Capgras, Dupré, Génil-Perrin, etc., comme réunissant l'ensemble des tendances suivantes : 1° l'orgueil ; 2° la susceptibilité ; 3° la méfiance ; 4° la faiblesse et la fausseté du jugement. Il est bien vrai qu'en clinique, cette association se retrouve dans la plupart des psychoses développées à partir de la paranoïa ; cela ne suffit peut-être pas pour faire de tout cet ensemble le noyau de la constitution. La clinique, en effet, nous montre surtout des cas où se combinent des facteurs multiples et à points de départ différents, et elle nous donne à observer plus de formes complexes et asssociées que de formes pures ; ce n'est qu'une raison de plus pour tâcher de dissocier les éléments composants.

La susceptibilité est une manifestation d'ordre émotif, comme la méfiance est avant tout une réaction de perversité, et des trois éléments affectifs que l'on a pris l'habitude de placer dans la constitution paranoïaque, seul l'orgueil — où cette tendance générale mais précise que désignent les termes divers d'hypertrophie du moi, d'autophilie, d'égocentrisme, d'égotisme, etc. — caractérise la constitution, de telle sorte que nous la définissons l'hypertrophie de l'orgueil et que nous considérons la paranoïa comme la pathologie de l'orgueil.

Quant à la faiblesse du jugement, si elle existe fréquemment, elle peut aussi faire défaut chez les paranoïaques les plus authentiques, en particulier chez les revendicants.

Reste la fausseté du jugement et ici nous considérons ce facteur non comme originel et primitif, mais comme un effet et une conséquence en quelque sorte logique de l'influence d'un orgueil exagéré sur toutes les opérations de l'esprit ; il s'agit bien ici, suivant un mot souvent employé, d'un gauchissement secondaire et acquis du jugement — quelle que soit la valeur initiale de celui-ci — produit par un facteur affectif démesurément développé.

Constitution perverse. — Sous le nom de manie instinctive, Morel l'avait définie « une forme d'aliénation mentale congénitale, qui se traduit dès la jeunesse par une indocilité au travail et par l'apparition précoce des plus mauvais instincts ».

Régis la caratérisait par les stigmates suivants : « amoralité, inaffectivité, impulsivité, inadaptabilité ».

Dupré, enfin, la considère comme l'ensemble « des anomalies constitutionnelles des tendances de l'individu, considéré dans son activité morale et sociale... ».

Nous pensons qu'il importe de distinguer avec soin la perversité et les perversions.

La première est, comme toutes les constitutions, une manière d'être innée.

Les secondes représentent seulement des réactions, dont les unes sont bien, en effet, des manifestations de la perversité, mais dont un grand nombre d'autres dépendent de mécanismes divers, le plus habituellement acquis, parmi lesquels on peut citer à titre d'exemples : certains états pathologiques (démences, encéphalites, alcoolisme, etc.), des influences ou des contagions interpsychologiques, des perversions

émotives acquises par le mécanisme des réflexes conditionnés, etc.

Nous reviendrons sur ce point à propos des caractères spéciaux de la constitution émotive ; nous tenterons de justifier à ce moment-là la définition que nous proposons dès maintenant « déséquilibre par défaut de bonté — sens moral, sens éthique — et par insuffisance de son rôle réducteur habituel ».

Constitution mythomaniaque. — Dupré la définit « la tendance pathologique plus ou moins volontaire et consciente au mensonge et à la création de fables imaginaires... ».

Nous l'avons nous-même définie ailleurs « une tendance native, presque impulsive, au travestissement des faits et à la création de mensonges, de fabulations, de mythes dans les paroles, les attitudes et les actes ».

Dupré — et ceci est d'une importance capitale — complète ainsi sa définition : « L'hystérie, les états pithiatiques, représentent pour moi une espèce particulière du genre mythomanie. »

L'hystérie vient ainsi se placer dans un cadre compréhensif, qui met en évidence sa nature et son mécanisme psychopathologique ; elle n'est désormais que la mythomanie des syndromes neuropathologiques et se situe à côté des autres grandes manifestations mythomaniaques : les hâbleries fantastiques, les auto-accusations, les simulations d'attentats, les hétéro-accusations (lettres anonymes), les mystifications (grandes escroqueries), l'érostratisme (criminalité vaniteuse), etc...

Ainsi tombent les théories périmées de l'ancienne hystérie qui avaient, tour à tour, pris pour base la suggestion, le sommeil partiel, l'amnésie élective, le rétrécissement du champ de la conscience, etc...

L'œuvre de Dupré n'a été rendue possible que par le démembrement commencé par Babinski, qui avait abouti à séparer de l'hystérie tout ce qui était proprement organique. Complétant ce démembrement, Dupré a nettement séparé de la mythomanie et par conséquent de l'hystérie, tout ce qui relevait de l'hyperémotivité, et c'est une des survivances actuelles les plus regrettables que de voir des auteurs confondre encore les deux domaines très distincts — malgré des associations possibles — de la mythomanie et de l'hyperémotivité.

Mais Dupré et son disciple Logre ont été amenés, par la description des délires d'imagination, à faire jouer un rôle prédominant à l'imagination, non pas seulement dans les moyens d'édification des constructions mythomaniaques, mais encore dans le déterminisme initial qui incline les sujets vers ces constructions. Sans les trahir, nous pensons pouvoir préciser que la mythomanie est pour eux un déséquilibre de l'imagination. Ce faisant, ces auteurs nous paraissent confondre le moyen et la cause, et nous croyons, sur ce point, devoir nous séparer d'eux.

En réalité, nous pensons que toutes les constitutions en général et la mythomanie en particulier, sont des déséquilibres de la vie affective active et non de la vie intellectuelle, qu'elles sont des anomalies de l'humeur et du caractère, mais non des anomalies des aptitudes intellectuelles.

La mythomanie, déséquilibre affectif, anomalie du caractère, résulte essentiellement d'un excès de la vanité et résume la pathologie de la vanité. Ce n'est que secondairement et de façon contingente, que l'aptitude mythomaniaque, déjà développée par vanité, se met au service d'autres mobiles tels que cupidité, malignité, lubricité, etc.

Cette conception de la mythomanie a été très nettement exposée et défendue dans la thèse de notre collaborateur et ami, le Dr Trubert.

RAPPORTS DES CONSTITUTIONS ET DES PSYCHOSES

Il est important de rappeler que c'est en partant de la connaissance des psychoses, antérieure chronologiquement, qu'on en est venu à rattacher chacune d'entre elles à une constitution correspondante.

Il est important également d'insister sur ce point que ce n'est pas par un besoin théorique de comprendre que l'on a supposé et créé artificiellement la constitution à la manière d'une hypothèse explicative.

C'est, au contraire, par une observation clinique, qui ne s'est avancée que très prudemment et très lentement, au cours de près d'un siècle, que l'existence d'antécédents personnels, chez des sujets atteints de psychoses, s'est montrée avec une fréquence tellement grande et même constante, qu'on a bien dû finir par relier la psychose à ses antécédents. D'autre

part, ceux-ci ont montré une telle similarité, au degré près, avec les manifestations des psychoses, qu'on a fini aussi par apercevoir et affirmer que les psychoses n'étaient que l'exagération progressive ou brusque, l'épanouissement lent ou rapide des anomalies innées.

On pourrait même s'étonner du temps considérable qu'il a fallu à la psychiatrie clinique pour parvenir jusqu'à ces données, actuellement admises par tous.

Je ne suis pas encore assez vieux pour ne pas me rappeler que j'ai assisté à la discrimination des délires paranoïaques et des délires hallucinatoires, dont la première tentative en France remonte à la communication de Deny et Camus à la Société médico-psychologique et dont la confirmation n'a été acquise que par la parution du livre de Sérieux et Capgras sur « Les folies raisonnantes ». De même, j'ai assisté au Congrès de Genève (1907), au dernier effort de la psychiatrie française contre la synthèse aujourd'hui indiscutée de la psychose maniaco-dépressive de Kræpelin.

Ce retour historique paraîtra peut-être superflu à tous les jeunes psychiatres pour qui le rapport de la psychose et de la constitution correspondante a été un des premiers fondements psychiatriques qu'ils ont appris. Qu'ils sachent cependant que ceux qui sont venus comme nous à la psychiatrie sous le signe de la dégénérescence, y ont trouvé, dès l'abord, d'autres arcanes que celles qu'ils ont pu y rencontrer eux-mêmes, et que nous demeurons émerveillés de la clarté et de la compréhension qu'a apportées, sur ce point, la doctrine des constitutions.

En tous cas, tout le monde comprend sans peine aujourd'hui comment psychoses et constitutions se correspondent et il nous suffit de résumer cette correspondance dans le tableau ci-dessous, sans avoir besoin d'y insister davantage.

Constitution cyclothymique : manie-mélancolie.
Constitution hyperémotive : psychoses émotives.
Constitution paranoïaque : psychoses paranoïaques.
Constitution perverse : folie morale.
Constitution mythomaniaque : psychoses mythomaniaques (hystérie).

RAPPORTS DES CONSTITUTIONS ET DES ETATS NORMAUX

Si nous avons pu contribuer, pour une part personnelle, à l'histoire des constitutions, c'est assurément dans la confrontation que nous avons tentée entre celles-ci et les états psychologiques normaux. Qu'on nous permette d'y insister quelque peu.

La psychiatrie nous a permis une classification précise, d'une part des psychoses, d'autre part des constitutions correspondantes ; comme on était parti de la classification des psychoses pour arriver à la classification des constitutions, il était tentant de poursuivre l'effort dans la même voie et d'essayer de passer de la classification des constitutions à la classification des tendances normales. C'est la tâche que nous avons entreprise et poursuivie depuis quelques vingt ans ; elle nous a paru ouvrir des vues fécondes et confirmer de plus en plus et à mesure que nos observations se prolongeaient, les acquisitions que nous avons exposées ailleurs (1).

Par définition même, les constitutions impliquent qu'elles correspondent à un déséquilibre des tendances de tout sujet. Ce déséquilibre ne saurait exister que par excès ou défaut (variation hyper ou hypo) ou par une déviation qui ne serait plus d'ordre quantitatif, mais qualitatif (variation para). En science, il est assez difficile de comprendre une variation para, et *à priori,* elle ne paraissait guère probable. Mais ici encore, seuls les faits importent et nous les avons observés sans parti-pris. Or, tels que nous croyons les avoir reconnus, ils nous ont paru justifier les conclusions suivantes :

1° Les groupements de tendances qui forment les constitutions psychopathiques, sont les mêmes en psychologie normale qu'en psychiatrie, de telle sorte qu'à chaque constitution correspond une disposition psychique.

2° Les constitutions ne diffèrent des dispositions normales que par un excès ou un défaut des tendances composantes.

3° Du normal au pathologique, il n'y a qu'une variation quantitative.

En confrontant ci-dessous chaque disposition normale

---

(1) *La Personnalité humaine,* en collaboration avec Marcel Boll. Flammarion, 1922.

avec la constitution qui lui correspond, nous résumons très brièvement la somme des recherches et des vérifications que nous avons faites et que nous continuons d'ailleurs à poursuivre avec nos collaborateurs.

La cyclothymie est essentiellement une variation de l'activité. Nous reprendrons ce point en discutant sa nature, mais dès maintenant, nous pouvons rappeler qu'il n'est pas un traité de psychiatrie qui ne définisse l'accès d'excitation par une surabondance de dépense d'activité et, inversement, la dépression par l'inertie et la tendance à l'immobilité et à la stupeur.

Nous avons déjà dit comment les éléments de gaieté ou de tristesse, qui viennent s'y ajouter, sont secondaires et résultent du degré même de l'activité.

L'activité comprend les manifestations qu'on fait communément rentrer dans les fonctions dites de relation, c'est-à-dire tous les modes d'expression, d'extériorisation et de réalisation. L'activité est à distinguer du comportement ; elle est une tendance en puissance, une disposition, une fonction qui se définit par une possibilité d'actes. Le comportement, au contraire, est une somme des actes réalisés et n'est appréciable qu'après exécution. Il y a d'étroits rapports entre l'activité et le comportement ; il n'y a pas parallélisme absolu. L'activité n'existe pas au même degré chez tous ; la turbulence, l'agitation, l'exubérance, l'expansivité sont les termes qui définissent l'état de ceux qui en ont beaucoup ; la lenteur, la mollesse, l'inertie correspondent à l'état inverse. Ces deux extrêmes sont à rapprocher de l'excitation et de la dépression constitutionnelles.

Dupré s'était contenté de dire « constitution émotive », bien que les sujets normaux aient constitutionnellement et à quelque degré des tendances émotives. Pour éviter toute confusion, nous préférons dire « constitution hyperémotive », ce qui permet d'opposer la constitution à la disposition émotive normale. Tandis que l'activité proprement dite correspondant à la constitution cyclothymique, est une activité spontanée, traduisant directement l'état de l'équilibre physico-chimique interne, autrement dit le tonus général nerveux, inversement l'émotivité représente une activité provoquée, de réponse, exactement une réactivité.

La constitution paranoïaque est à base d'orgueil. Celui-ci peut être défini comme la tendance à s'attribuer ou à

rechercher pour soi le maximum d'avantages moraux, mais la même constitution paranoïaque est encore en jeu lorsqu'il s'agit, pour l'individu, d'acquérir aussi le maximum d'avantages matériels, et correspond alors à la cupidité. Un mot permet de réunir à la fois l'orgueil et la cupidité, c'est l'avidité, ou disposition à réclamer son dû ou à accroître sa part en tous sens. L'avidité est, en psychologie normale, ce que la constitution paranoïaque représente en psychopathologie.

Pour bien comprendre la perversité, il faut se rendre compte qu'elle ne consiste pas tant dans une tendance à vouloir nuire à autrui, que dans une tendance insuffisante à renoncer aux avantages personnels, quand ils ne peuvent être obtenus qu'au préjudice des autres ; le pervers ne recherche pas le mal pour le mal (1), mais s'y résoud trop facilement quand il est pour lui un moyen d'atteindre une satisfaction égoïste. L'observation montre qu'il existe, parmi les individus comparés les uns aux autres, une gradation qui va du pervers au débonnaire en comprenant, comme cas intermédiaires, ceux du mauvais, de l'indifférent, de l'indulgent, du bienveillant et du bon. A cette tendance générale, constante mais variable en degré, correspond une disposition spéciale qui n'est autre que la bonté à ses différents degrés ; cette bonté comprend l'ensemble des tendances constitutionnelles qui nous poussent à aimer nos proches, puis nos semblables, et, par une extension progressive, à éprouver des sentiments philanthropiques en nous élevant, suivant les termes heureux de Ribot, de « la sympathie consciente », au « sentiment moral et social ». On voit par là que la constitution perverse correspond à un défaut, à une insuffisance de la disposition bonté et que le comportement des pervers s'explique par la carence du rôle réducteur ou frénateur que joue normalement la bonté et ses formes élaborées vers l'éthisme.

Transposée en psychologie normale, la constitution mythomaniaque nous révèle une disposition dont l'importance paraît avoir échappé aux psychologues, sauf à Paulhan, qui ne l'a d'ailleurs pas située dans l'ensemble de la vie affective, puisqu'il la considère comme une manifestation dyna-

(1) Mis à part les perversions émotives qui sont d'un mécanisme particulier et que nous étudierons aux propriétés particulières des constitutions.

mique de la vie sociale plutôt que comme un élément essentiel de la personnalité.

La constitution mythomaniaque n'est que l'hypertrophie morbide de la tendance que nous avons tous à vouloir plaire aux autres et à chercher à les intéresser à nous de quelque façon ; elle se caractérise par un emploi abusif de tous les moyens plus ou moins habiles, artificiels ou faux que nous estimons propres à nous faire paraître sous le jour le plus favorable et parmi lesquels, le mensonge, sous toutes ses formes, tient la première place. « On ne ment plus guère, écrivait Diderot, quand on s'est départi de la prétention d'occuper les autres de soi. » On observe tous les états intermédiaires entre le mythomane et ce que nous appellerons le cynique, faute d'un meilleur terme ; les qualificatifs de simulé, flatteur, aimable, poli et franc donnent une idée de cette gradation. Pour employer le mot usuel le plus approché, nous avons dénommé cette disposition fondamentale : sociabilité, dans le sens précis de disposition à intéresser les autres à soi, à conquérir leur sympathie, leur bienveillance, par opposition à la bonté qui a pour effet de donner aux autres sa sympathie, d'intéresser soi aux autres. Ainsi comprise, la sociabilité représente une disposition nécessaire à la vie collective, qui serait impossible sans les habitudes de politesse, de savoir-vivre, de bienséance. Sans doute, il y a surtout lieu de se méfier des hypertrophies de cette disposition : coquetterie, hâbleries, mystifications, mises en scène fausses, etc... mais de l'atrophie de la sociabilité résultent parfois des inconvénients notables, comme en témoigne le sens péjoratif attribué au mot cynisme ou excès de franchise, qui marche souvent de pair avec l'incorrection, la discourtoisie ou même l'insolence.

Nous synthétisons la confrontation des constitutions et des dispositions dans le tableau ci-dessous :

Constitutions psychopathiques	Dispositions affectives-actives
Constitution paranoïaque	Avidité
» perverse	Bonte
» mythomaniaque.	Sociabilité
» cyclothymique ..	Activité
» hyperémotive ...	Emotivité

Nous nous sommes appliqués, dans « La Personnalité humaine », à donner à cette confrontation des constitutions psychopathiques et des dispositions pyschologiques, un fondement biologique. Nous nous contentons de reproduire ci-après le tableau qui s'y rapporte :

Psychophylogénie

Propriétés biologiques	Première élaboration psychique	Exemple de stades intermédiaires	Dispositions et aptitudes intellectuelles
Nutrition.......	Appétit.	Instinct de propriété.	Avidité.
Génération	Sexualité.	Affection, amitié, Coquetterie.	Bonté, Sociabilité.
Motilité.........	Spontanéité Réactivité.	Jeu, Défense.	Activité, Emotivité.
Réceptivité ou irritabilité....	Perceptivité.	Habitude, Association, Discrimination.	Mémoire, Imagination, Jugement.

PROPRIÉTÉS GÉNÉRALES COMMUNES A TOUTES LES CONSTITUTIONS

1°. — Les constitutions psychopathiques, héréditaires ou non, sont innées.

2°. — Elles se manifestent de la façon la plus précoce et dès les premières ébauches de la vie psychique.

3°. — Elles persistent tout au long de la vie.

4°. — Elles représentent ainsi un comportement originel et permanent, caractéristique de la personnalité.

5°. — Elles sont ainsi bien plus une infirmité chronique qu'une maladie.

6°. — Elles créent un terrain spécifique propre au développement de psychoses transitoires ou durables.

7°. — Elles ont ainsi une évolution rémittente caractérisée par un état mental fondamental et permanent et par des manifestations

paroxystiques qui peuvent aboutir à une psychose transitoire, récidivante ou définitive.

8°. — Les psychoses qui naissent sur le terrain des constitutions ne sont que le grossissement et l'exagération des tendances innées.

9°. — Le passage de la constitution à la psychose est d'un mécanisme encore imparfaitement élucidé et à discuter.

10°. — Les constitutions ne sont que des variations par excès ou par défaut des dispositions normales.

11°. — Elles représentent la pathologie de la vie affective-active et sont compatibles avec le développement intellectuel le plus brillant.

12°. — Elles sont, comme les psychoses dérivées, de nature fonctionnelle et ne semblent pas avoir d'anatomie pathologique, au sens ordinaire du mot.

Ces caractères généraux doivent être complétés par ceux des psychoses constitutionnelles, qui les confirment et les complètent.

L'ensemble des propriétés que nous venons d'énumérer ne paraissent pas devoir soulever d'objections, sauf en ce qui se rapporte : 1° à l'innéïté ; 2° à l'efflorescence ; 3° à la nature fonctionnelle.

Nous réservons ces différents points pour une discussion ultérieure.

PROPRIÉTÉS PARTICULIÈRES PROPRES A CHAQUE CONSTITUTION

Au moment où nous écrivions la « Personnalité humaine » et bien qu'à cette époque déjà, nous ayons été fort préoccupés d'arriver à différencier ce qui, dans la formule consacrée « vie affective active » était proprement actif ou affectif, nous n'avions pas été en mesure de préciser cette distinction. Une autre formule aussi nous avait bien longtemps embarrassés : troubles de l'humeur et du caractère. Qu'est-ce qui appartenait à l'humeur et quoi au caractère ?

Nous pensons pouvoir aujourd'hui proposer une solution à ce problème, car, bien que posé sous ces deux formes différentes, il ne s'agit que d'un seul et même problème comme nous allons essayer de le montrer.

Depuis longtemps, nous avions été frappés du fait que deux constitutions — et dispositions — seulement étaient

étroitement et directement liées au fonctionnement du sympathique. Seules, en effet, la cyclothymie et l'hyperémotivité pouvaient être rattachées à une base indubitablement physiopathologique par les variations de tonus et les divers réflexes vaso-moteurs, secrétoires, etc. qui les caractérisaient.

Les autres constitutions se montraient à cet égard de forme très différente et il semblait impossible, en dehors de toute intervention des précédentes, de leur trouver une correspondance physiologique.

Deux variétés s'imposaient donc à nous : les deux constitutions à base de troubles sympathiques étaient des psychonévroses ; les autres étaient plus spécialement des psychoses. Or, cette division ne tarda pas à nous paraître expliquer aussi l'opposition entre actif et affectif, entre humeur et caractère.

D'une part, en effet, la cyclothymie et l'hyperémotivité se traduisent essentiellement par les états d'humeur. La langue parlée ou écrite est souvent un très bon procédé de pénétration psychologique et il n'est pas douteux que le terme d'humeur s'applique très heureusement à toutes les variétés d'activité, qu'il s'agisse de dépression simple (humeur apathique, indolente, tranquille, casanière, mollesse de l'humeur, etc...) ou d'excitation simple (humeur active, vive, remuante, vagabonde, instable, etc.).

D'autre part, à propos de l'hyperémotivité, nous avons donné ailleurs une classification des états d'humeur : gaieté, tristesse, inquiétude et énervement correspondant respectivement aux quatre émotions fondamentales, joie, peine ou chagrin, peur et colère.

Nous reconnaissons toutefois que les termes d'humeur et de caractère sont fréquemment employés l'un pour l'autre et ce serait un travail intéressant que de rechercher, dans les meilleurs auteurs, comment sont de préférence employés ces termes. Mais si notre discrimination était exacte, au lieu que la langue serve à la psychologie, ce serait ici la psychologie pathologique qui permettrait un emploi plus judicieux des deux mots, le premier, l'humeur, s'appliquant à ce qui procède de l'activité et de l'émotivité, et le second, le caractère, à ce qui procède au contraire des trois autres dispositions.

De la même façon, seraient différenciées les constitutions de la vie active et celles de la vie affective.

Nous résumons ces données dans le tableau suivant :

Constitutions	Dispositions	Correspondance
Cyclothymie........ Hyperémotivité.....	Activité Emotivité	Humeur (Vie active)
Paranoïa........... Perversité.......... Mythomanie........	Avidité Bonté Vanité	Caractère (Vie affective)

Constitutions actives. — *Cyclothymie.* — La cyclothymie présente deux caractères assez particuliers qu'il importe de mettre en évidence et qu'on peut appeler la bipolarité, d'une part, le rôle catalyseur, d'autre part.

La bipolarité signifie que, pour un même individu, seule de toutes les constitutions, la cyclothymie peut être alternativement par excès ou par défaut et présenter des oscillations d'un pôle à l'autre. Seule la cyclothymie présente une instabilité de la fonction, un déséquilibre véritable. Toutes les autres constitutions sont, pour un même individu, de façon innée et définitive, ou un excès ou un défaut, mais non alternativement l'un ou l'autre ; elles sont d'un seul sens et non bipolaires : un hyperémotif ne devient point un anémotif ; un pervers, un débonnaire ; un mythomane, un sincère ou inversement. Il y a là un caractère spécifique de la cyclothymie, que l'observation impose comme une certitude, sans que nous puissions en donner une explication ou en tirer d'autres conséquences par rapport à l'ensemble des dispositions.

D'autre part, la cyclothymie joue un rôle certain de sensibilisation ou de déchaînement par rapport aux autres tendances psychiques. Si le terme de catalyse est exagéré dans son sens absolu, il est cependant vrai que la variation cyclothymique soit par excès (dépression), soit par défaut (excitation) suffit, même à un degré léger, pour mettre en branle des manifestations émotives, paranoïaques, etc., au point que celles-ci puissent passer au premier plan dans le tableau clinique et cacher l'état dépressif ou maniaque, cependant déchaînant.

Nous en donnerons des exemples précis aux associations

constitutionnelles. L'hyperémotivité — et c'est encore un caractère commun entre les deux dispositions actives — peut aussi jouer ce rôle déchaînant, comme nous le verrons en discutant l'efflorescence des psychoses, mais à un degré beaucoup moins important.

Or, la cyclothymie paraît de beaucoup la plus fréquente des constitutions et, sans avoir la place de discuter à fond cette fréquence, nous rappelons que nous l'avons ailleurs évaluée à 15 à 18 0/0 environ, par rapport à des sujets pris au hasard, et que ses manifestations mélancoliques et maniaques représentent environ un tiers des malades internés, et beaucoup plus encore dans l'ensemble des psychopathes.

Il en résulte que la cyclothymie tient une place prépondérante dans l'histoire du déséquilibre mental et plus spécialement dans les formes associées de beaucoup les plus nombreuses en clinique et où nous la verrons intervenir avec une fréquence extrême.

Hyperémotivité. — Nous avons indiqué qu'un caractère fondamental des constitutions était, pour nous, leur innéité et l'apparition extrêmement précoce de leurs manifestations. Par là même, nous repoussons la notion de constitution acquise, qui a été admise par nombre d'auteurs, notamment par Dupré. C'est justement à propos de l'hyperémotivité qu'il convient de discuter cette notion.

Il y a une hyperémotivité primitive constitutionnelle et des hyperémotivités secondaires symptomatiques.

Examinons d'abord la première. Aucune difficulté quand l'hyperémotivité a fait sa preuve dans le passé le plus lointain du malade. Mais il n'en est pas toujours ainsi en cas d'hyperémotivité refoulée et secondairement révélée. Nous avons maintes fois discuté cette question avec Dupré et notre maître avait fini par nous concéder que les hyperémotivités acquises n'étaient, le plus souvent, que les hyperémotivités révélées chez des sujets à hyperémotivité constitutionnelle contenue ou refoulée. Mais il persistait à penser que, même exceptionnelle, l'émotivité acquise pouvait exister. Ce ne serait plus alors qu'une question de fréquence absolue, la forme constitutionnelle étant la règle, la forme acquise l'exception. Il est impossible scientifiquement de nier la possibilité, ici ou là, d'une exception de ce genre ; tout ce que nous pouvons dire, c'est que nous n'en avons jamais rencontré et nous rap-

pellerons à ce sujet que nos camarades du centre neuro-psychiatrique du Val-de-Grâce, notamment notre ami Livet, connaissant notre opinion sur ce point, s'étaient ingéniés à rechercher des hyperémotivités acquises parmi nos très nombreux émotionnés de guerre : aucun n'a pu résister à un complément d'examen anamnestique.

Quant aux hyperémotivités secondaires symptomatiques, elles sont banales : les toxiques, les états infectieux, les états de dysfonctionnement glandulaire (goitre exophtalmique), les états organiques cérébraux (épilepsie, démences organiques, etc.), les affections organiques autres (angine de poitrine, etc.) peuvent en créer. Mais dans ces cas comme dans ceux des autres constitutions considérées comme acquises (excitation post-encéphalitique, par exemple) il s'agit de syndromes manifestement en rapport avec une cause grossièrement apparente et différents non seulement par leur encadrement, mais encore par beaucoup d'autres caractères, notamment les caractères cliniques et évolutifs.

Constitutionnelle ou non, l'hyperémotivité dépend toujours d'une instabilité vago-sympathique et nous croyons secondaire qu'elle soit vagotonique ou sympathicotonique ou amphotonique. Constitutionnelle, l'hyperémotivité a tous les caractères des constitutions psychopathiques et, apparente d'emblée ou seulement révélée, diffère des manifestations émotives symptomatiques. Nous pensons que l'histoire des constitutions ne peut admettre la notion de constitutions acquises.



C'est à propos de l'hyperémotivité qu'il convient de discuter les perversions émotives, qui éclairent la notion de perversité constitutionnelle. Nous avons déjà indiqué que pour nous, la constitution perverse était caractérisée par l'insuffisance de la bonté, disposition normale commune à tous les hommes et que les perversions qu'elle causait provenaient essentiellement du défaut de réduction et de correction joué normalement par le sens moral et l'éthisme élaboré à partir de la bonté. Nous ajoutions que les simples pervers ne faisaient point le mal pour le mal, qu'ils ne portaient en eux aucun démon du mal et que ce qui les caractérisait, c'était malgré tout une disposition bonté, mais seulement d'une pauvreté et d'une insignifiance qui la rendait sans aucune efficacité contre toutes les tentations et désirs.

Mais alors, où se placent les instincts de cruauté, malignité, destructivité, que l'on attribue classiquement à la perversité simple ? Nous répondons : dans les perversions émotives.

Nous ne pouvons ici qu'ébaucher la description des perversions émotives qu'il importe cependant de bien comprendre et de connaître dans leur mécanisme très spécial.

Nous avons ailleurs, dans une classification des manifestations émotives, réservé une place aux manifestations qui se produisaient sous la forme du mécanisme des réflexes conditionnés et nous y avons énuméré les obsessions, impulsions du genre kleptomanie, pyromanie et les obsessions impulsions sexuelles : inversion, fétichisme, masochisme, sadisme, bestialité, vampirisme, etc.

Cette place convient aussi à toutes les impulsions destructives et sanguinaires, dont un exemple tout à fait remarquable paraît bien nous être fourni par l'auteur des catastrophes de chemin de fer survenues récemment en Autriche et en Bohême. Dans le même sens, nous pouvons rappeler le cas fameux de la femme Weber.

Les perversions émotives sont des perversions *acquises* par des sujets constitutionnellement hyperémotifs *toujours,* et aussi, constitutionnellement pervers souvent, mais non toujours. Il existe à l'origine, par suite de circonstances fortuites et favorables (surprise, brusquerie, intensité, encadrement agréable, cénesthésie heureuse du moment, etc...), un choc émotif ou ce que nous avons appelé, en raison de certains accompagnements habituels, une effraction émotive, de caractère particulièrement troublant, fort, tonique, assimilable ; il se crée ainsi un lien puissant, indissoluble et définitif entre les faits qui créent le choc et le choc émotif lui-même, de telle sorte que, dans le devenir du sujet, les deux phénomènes se lient irrévocablement (1).

Ce rapport, nous l'avons comparé au réflexe conditionné de Pawloff et, malgré quelques différences, nous croyons cette assimilitation juste, exacte et exhaustive. C'est le mécanisme du réflexe conditionné de Pawloff qui explique chez chacun de nous l'orientation fortuite des tendances, le développement des attirances, des goûts, des inclinations et qui forme les assises superposées de notre personnalité morale. A côté des

---

(1) « *Belle de jour* » de Kessel, est une observation romancée de perversion émotive très bien comprise.

attirances et inclinations fréquentes et banales, il en est qui sont spéciales à chacun de nous et paraissent plus ou moins étranges, bizarres et inexplicables, parce que nous en avons ignoré ou oublié le déterminisme initial. Parmi ces formes anormales se placent justement les perversions émotives.

Dans nos observations, la clinique nous a toujours montré qu'il y avait une condition prédisposante nécessaire : c'est l'existence d'une constitution hyperémotive. Sans elle, pas de perversions émotives et c'est pourquoi elles méritent d'être ainsi appelées et placées dans la pathologie de l'émotivité.

Il existe une condition adjuvante qui est très fréquente, mais peut-être ni constante, ni nécessaire, c'est l'existence d'une cyclothymie dépressive ; même à un degré léger, elle intervient d'une façon complexe, que nous n'avons pas la place d'analyser ici. Quant à la constitution perverse, tantôt elle existe, tantôt non. Si elle fait défaut — et nous avons vu les perversions émotives coexister avec la plus grande générosité d'âme — les sujets demeurent bouleversés et bientôt tourmentés ; ils ne tardent pas à être cruellement tiraillés d'une part par l'attirance morbide, d'autre part par leurs sentiments éthiques révoltés, d'où un conflit affectif anxieux aux conséquences multiples = augmentation de l'état dépressif par une dépression émotive surajoutée, installation d'une anxiété chronique avec paroxysme et renforcement de l'obsession par la révolte même qu'elle provoque. Ce sont ces sujets qui s'analysent le mieux, recherchent le secours médical ou religieux. On est forcé de reconnaître que trop souvent ces malheureux, après des luttes pénibles, sont de plus en plus dominés par l'impulsion morbide et finissent par y céder, afin de se délivrer de leur souffrance. Le cycle de ces états est bien connu : soulagement d'abord, puis, honte et remords, puis retour de l'obsession, lutte anxieuse et rechute. C'est le mythe du rocher de Sisyphe.

Quand il existe une constitution perverse, l'évolution est plus simple. Le sujet ne trouve pas en lui les raisons de lutter; il cherche à provoquer à nouveau l'émotion forte ; il la renforce par la répétition même et elle lui devient plus ou moins habituelle et familière. Ce sont alors les formes les plus brutales et les plus graves de la perversion émotive, d'autant qu'elles peuvent se rencontrer avec l'avidité cupide, la mythomanie maligne, et aussi la débilité mentale ; ce sont aussi souvent les plus obscures et les moins explicables, car les sujets

s'analysent et se comprennent mal ; ne cherchent point secours, ne se livrent pas et recourent, au contraire, à toutes sortes de mauvaises raisons : dénégation, mensonges, hétéro-accusations, etc., etc...

***

L'histoire des perversions émotives, ainsi ébauchée, fait comprendre : 1° la place nosologique qui leur appartient en propre dans le cadre de l'hyperémotivité ; 2° leur mécanisme psycho-physio-pathologique très particulier ; 3° leur intervention dans certains actes monstrueux, paraissant inexplicables ; 4° l'importance qui en résulte pour la criminalité et la médecine légale.

Elle a pour conséquence en psychiatrie non seulement d'enrichir d'un chapitre important et essentiel la pathologie de l'émotivité, mais encore de préciser et de limiter la signification et la portée de la constitution perverse, à laquelle on a eu le tort de les rapporter jusqu'ici.

Constitutions affectives. — *Constitution perverse.* — Elle ne présente qu'un caractère particulier : de toutes les dispositions — la bipolarité cyclothymique mise à part — elle est la seule qui soit une atrophie et non une hypertrophie de la disposition psychique correspondante. Par contre, l'extrême bonté ou faiblesse morale, bien qu'elle ait peu occupé les psychiatres jusqu'ici, nous paraît présenter tous les éléments d'une constitution débonnaire, allant d'une suggestibilité particulière jusqu'à la complicité délinquante et criminelle et jusqu'à ces crimes de pitié si bien décrits par Dupré. Il y a là matière à une étude psychiatrique et médico-légale qui devrait bien tenter un de nos jeunes collègues.

Constitutions paranoïaque et mythomaniaque. — Tandis que les autres constitutions ne se manifestent que sous la forme de paroxysme ou d'accès souvent récidivants, mais d'ordinaire transitoires et curables, la paranoïa peut donner naissance non seulement à des paroxysmes épisodiques, mais encore à une psychose chronique et incurable d'emblée, le délire d'interprétation primitif décrit surtout par Sérieux et Capgras.

La mythomanie ne comporte pas d'autres propriétés particulières que celles que nous avons déjà signalées pages 7 et 12.

ASSOCIATIONS CONSTITUTIONNELLES

Nous pensons qu'il convient d'attacher la plus grande importance aux associations constitutionnelles parce que la clinique nous offre avec une fréquence bien plus grande la rencontre de deux ou plusieurs constitutions chez un même sujet, que l'existence d'une seule constitution à l'état pur.

Le malentendu le plus habituel, dans l'histoire des constitutions, ce qui fait croire qu'elles ne représentent qu'une vue trop simpliste et trop schématique inadéquate à la réalité, ce qui impose les divergences doctrinales les plus opposées, c'est, croyons-nous, la méconnaissance du rôle et de la signification de ces associations. Pour les uns, la notion des constitutions n'est qu'une explication commode, provisoire et incomplète; pour les autres, les constitutions ne sont qu'un aspect prédominant d'un déséquilibre foncier, qui reste commun à tous les psychopathes et qu'il est impossible de diviser.

Génil-Perrin, dans son livre sur les paranoïaques, prend parti nettement pour cette dernière interprétation : pour lui, il existe un déséquilibre primitif et fondamental, formant un bloc commun à tous les déséquilibres, et sur ce fond commun émergent suivant les cas des tendances qu'on peut bien rapporter à des constitutions spéciales, à la condition de n'y voir qu'une classification commode, mais superficielle et non fondamentale.

Cette notion d'un déséquilibre fondamental, unique, indivisible et commun à tous les déséquilibrés est une survivance de l'idée ancienne de dégénérescence et ne tient pas compte des progrès actuels de la psychiatrie. Nous croyons utile de la combattre en nous basant sur les faits suivants :

1° Il existe des cas de constitution pure et isolée pour toutes les constitutions.

Cela est indubitablement vrai pour les constitutions actives : cyclothymie et hyperémotivité. La clinique nous montre, rarement il est vrai, mais nettement dans certains cas, des cyclothymies dont les accès, soit d'excitation, soit de dépression, sont indemnes de toute coloration due à l'intervention d'autres tendances. Nous les avons vues notamment indemnes de toute participation hyperémotive, l'accès d'excitation maniaque se

bornant à de l'agitation, sans euphorie et sans colère appréciables ; l'accès dépressif ayant une forme asthénique simple, avec inertie ou même stupeur ; pas d'intervention non plus d'éléments affectifs vrais, paranoïaques, pervers ou mythomaniaques.

Nous ne pouvons qu'indiquer, sans y insister, que l'observation psycho-pathologique nous montre aussi des constitutions affectives à l'état pur, mais ici, et pour des raisons que nous donnerons en discutant l'efflorescence des psychoses, il ne semble pas que les constitutions affectives à l'état pur puissent accéder jusqu'à la vraie psychose sans intervention d'une des constitutions actives.

La rareté des faits de constitution isolée, ne les empêche point d'être éminemment significatifs et de prouver qu'en dehors de la — ou des — constitutions en cause, il n'existe pas d'autre élément de déséquilibre, ni ce fameux déséquilibre fondamental, unique et commun à tous les déséquilibrés.

2° Dans les formes associées, les plus fréquentes en clinique, il est toujours possible de discriminer ce qui appartient en propre à chaque constitution, de dénombrer ces constitutions associées et de constater qu'à elles seules elles épuisent tout ce qu'il y a de déséquilibré chez le sujet, sans adjonction d'un élément plus fondamental, substructure commune et plus lointaine de toutes les manifestations.

Il est bien clair que dans les formes associées, chaque constitution influence les autres et se laisse influencer par elles ; qu'il y a là une multiplicité d'aspects des symptômes infiniment plus complexe que dans les formes pures; que par l'accumulation des troubles, le sujet paraît plus anormal encore ; c'est-à-dire plus déséquilibré ou si l'on veut encore plus dégénéré. Plus une association est riche — et elle peut être formée par deux, trois, quatre ou cinq modalités de déséquilibre — et plus le malade se rapprochera du dégénéré de Magnan.

Pour nous, en résumé, le déséquilibre mental est le déséquilibre de la vie affective-active ; les constitutions psychopathiques épuisent tout le contenu de ce déséquilibre ; en dehors d'elles, il n'existe pas d'autre déséquilibre de la vie affective-active.

*
**

Ce serait entreprendre un chapitre considérable que de vouloir décrire toutes les variétés cliniques des associations constitutionnelles. Elles ont été étudiées dans la thèse de notre ancien interne, le Dr H. Jalenque, aujourd'hui médecin-chef de la maison de santé de Chamalières. Nous nous bornerons ici à quelques-uns des exemples les plus fréquents.

La forme anxieuse de la mélancolie correspond le plus souvent à cyclothymie dépressive et hyperémotivité.

La psychasthénie de Raymond et Janet est, dans la très grande majorité des cas, une association de cyclothymie dépressive légère et d'hyperémotivité prédominante.

Les délires de revendications paraissent bien être des associations d'hypomanie cyclothymique et de paranoïa (Masselon, Ducosté, Vallon et Bessières).

La plupart des perversions émotives — non toutes — sont une association d'hyperémotivité et de perversité.

La mythomanie maligne ou perverse de Dupré associe la mythomanie et la perversité.

La manie raisonnante des anciens auteurs — et il est facile de s'en rendre compte par les observations si précises et si riches au point de vue clinique qu'ils nous ont laissées — comporte des éléments d'hypomanie intermittente, de revendication paranoïaque et de perversité.

Si la schizoïdie du Pr Claude nous paraît être, comme nous l'indiquerons plus loin, une association d'hyperémotivité et de dépression cyclothymique prédominante, la schizoïdie de Kretschmer représente une association des cinq constitutions. Cette dernière affirmation pourra sembler paradoxale ; cependant, il est facile de montrer, comme nous le ferons plus tard, que cet auteur a puisé dans les autres constitutions pour tout mettre dans la schizoïdie.

La notion des constitutions rend compte de la variété, de la richesse et de la complexité de la clinique et impose la règle, à propos de chaque cas, non seulement de reconnaître la nature du syndrome prédominant, mais encore de le confronter avec toutes les constitutions ou dispositions afin de préciser le degré d'intervention, de coloration ou de renforcement qui revient à chacune d'entre elles. Ainsi se fait non seulement le diagnostic complet de l'affection, mais encore, ce qui est plus important, la fiche psycho-pathologique du sujet.

DE QUELQUES PROBLÈMES PARTICULIERS TOUCHANT LES CONSTITUTIONS

Nous croyons devoir discuter brièvement ici les problèmes de l'hérédité et de l'innéité, du fonctionnel et du lésionnel et enfin de l'efflorescence des psychoses.

Hérédité et innéité. — Il convient de distinguer l'hérédité continue et l'hérédité similaire.

L'hérédité continue, c'est la conservation, à travers tous les sujets d'une même espèce, d'un ensemble de caractères qui définit celle-ci. Autrement dit, c'est la transmission constante et nécessaire — sauf tératologies, monstruosités, mutation ou régression — d'une génération à l'autre de tous les caractères distinctifs de l'espèce. Cette hérédité continue vise seulement la transmission des caractères en eux-mêmes, dans ce qu'ils ont d'essentiel et non dans le détail de leur morphologie et de leur fonctionnement.

L'hérédité similaire, au contraire, implique que le caractère transmis l'a été avec une ressemblance assez grande dans l'aspect, la forme et l'utilisation. Mais notons que cette ressemblance n'est pas et ne peut pas être une identité absolue. Tous les travaux sur l'hérédité, en particulier ceux de Mayer et Schœfer, montrent qu'un caractère transmis, même par hérédité similaire, se transmet avec des balancements autour d'une moyenne, et allant d'un extrême limite à un autre extrême également limite. Ainsi, deux êtres très similaires ne sont jamais identiques et en tous points tout à fait superposables. Il demeure un coefficient individuel, qui n'est point héréditaire, que l'on peut supposer en rapport non avec des influences mystérieuses, mais avec des conditions énergétiques et physico-chimiques du développement tellement subtiles qu'elles échappent, actuellement, non seulement dans leur multiplicité, mais encore dans leur variabilité à toute connaissance et prévision scientifiques. Or, ces variations autour d'une moyenne représentent justement ce qu'on peut appeler l'inné par rapport à l'héréditaire. L'héréditaire, c'est ce qu'il y a de stable, de toujours présent et commun chez tous les sujets d'une même espèce. L'inné, c'est ce qui est plus spécialement individuel et provient non des ascendants par héri-

tage direct, mais des conditions plus ou moins fortuites du développement ontogénique.

C'est en ce sens que nous disons que la cyclothymie — réserve faite du degré et du rythme — est héréditaire, et que les autres constitutions sont innées.

Fonctionnel et lésionnel. — Il est oiseux, à notre avis, de vouloir à tout prix confondre ces deux notoires différences sinon contraires par la recherche quelque peu tendancieuse de tous les cas de transition, de toutes les formes de passage ; c'est un procédé partout applicable et qui supprimerait par son abus toute classification et toute différenciation des phénomènes.

S'il est des cas douteux, s'il est des cas limites, il en est d'autres en bien plus grand nombre, et de signification autrement heuristique, où la confusion n'est pas possible et serait tout à fait fâcheuse.

Il est superflu de définir ce qui est lésionnel ; tout le monde sait que c'est un trouble en rapport avec une destruction plus ou moins partielle et plus ou moins durable du tissu sain.

Le fonctionnel, par contre, c'est tout ce qui se produit par le même mécanisme que le fonctionnement normal ; le fonctionnel n'est que du physiologique ou du psycho-physiologique ; il n'y a pas de manifestation de la vie, même pas de manifestation psychique ou intellectuelle, banale, qui ne soit à base de physiologie ; et il n'y a sans doute pas de physiologie qui ne soit au moins en grande partie physio-chimique. Mais ni le physiologique, ni le physico-chimique ne sont la même chose que le lésionnel.

Or, lorsque le fonctionnement normal, par suite de circonstances variables, mais fréquentes et connues, n'a pas son rythme habituel, soit qu'il dépasse l'intensité ou l'amplitude qui lui est ordinaire, soit qu'au contraire il demeure en dessous, il y a un excès ou un défaut du fonctionnement qui, devenant gênant, pénible, douloureux ou même dangereux, prend par là même un caractère de maladie ; il y a ainsi une *pathologie du fonctionnel.*

Comme illustration, on peut dire que toute la pathologie de l'émotion est une pathologie fonctionnelle et je ne pense pas qu'il puisse y avoir sur ce point d'objections. Pour nous, toute la question est de savoir si les troubles en rapport avec les constitutions psychopathiques doivent être placés dans

la pathologie fonctionnelle. Nous répondons volontiers par l'affirmative.

Efflorescence des psychoses. — C'est ici peut-être le point le plus délicat, le plus difficile à concevoir de l'histoire des constitutions. On nous a maintes fois posé la question : « Comment expliquez-vous le passage d'une tendance cyclothymique à un accès maniaque ou mélancolique franc ? » « Comment et pourquoi un tempérament paranoïaque entre-t-il à un moment donné dans une évolution de psychose de revendication ou d'interprétation confirmée ? »

Nous avons depuis bien longtemps consacré notre réflexion à ce problème d'évolution et voici ce que nous pensons pouvoir dire, sans avoir la prétention, hélas ! de tout expliquer et surtout de tout démontrer.

Nous croyons qu'il faut reprendre ici la distinction que nous avons établie entre les constitutions de la vie active ou de l'humeur et les constitutions de la vie affective et du caractère (page 16).

Les premières, cyclothymie et hyperémotivité, ont une base physiologique bien précisée ; elles sont directement liées au fonctionnement du sympathique, plus précisément aux variations du tonus vago-sympathique lui-même, sinon toujours, du moins souvent en rapport avec l'équilibre endocrinien. Sous cet aspect, il nous est permis de comprendre, non dans tous ses détails, mais dans son ensemble, le mécanisme physiopathologique qui explique les caractères de la constitution elle-même, et aussi, par l'intensité des oscillations, l'apparition de crises ou de paroxysmes plus au moins durables.

Dans le cas de la cyclothymie, trois conditions peuvent être réalisées.

Ou bien l'instabilité innée de la fonction, sans que nous puissions préciser exactement les conditions physiologiques de cette instabilité, suffit, par son caractère inné et sans qu'il soit besoin de causes occasionnelles, à produire les variations de rythme qui caractérisent les accès alternants. C'est ce qui se produit sans doute dans la plupart des formes circulaires types, où l'alternance est à date, on pourrait presque dire à heure fixe.

Ou bien, on note l'intervention d'une cause occasionnelle ou toxique, ou infectieuse : puberté, ménopause, puerpuéra-

lité — très fréquente — et d'une façon générale toutes les intoxications et infections intercurrentes.

Enfin, le rôle de cause occasionnelle peut être joué par les chocs moraux de toutes sortes, deuils, revers de fortune, commotions, etc...

Notons que ces chocs agiront d'autant mieux que le sujet sera plus hyperémotif et qu'ici se découvre un rôle de sensibilisation joué par la constitution hyperémotive, à l'égard du déclenchement des accès cyclothymiques.

On le voit donc, pour la cyclothymie, la constitution demeure la cause prédisposante nécessaire et donc essentielle même quand elle n'est pas suffisante. Mais dans la plupart des cas, il existe des causes occasionnelles, qui agissent directement sur les secrétions internes et le sympathique et qui, par conséquent, rendent parfaitement compte, pour la cyclothymie, de l'efflorescence maniaque ou mélancolique.

Pour l'hyperémotivité, il ne semble pas que la constitution, cause prédisposante nécessaire, puisse jamais être suffisante. L'efflorescence ne peut s'expliquer que par l'intervention de causes occasionnelles qui sont comme dans la cyclothymie, soit des intoxications ou des infections, soit des chocs moraux, mais ici parmi les causes occasionnelles, il faut placer au premier rang l'existence d'une manie et plus encore d'une mélancolie de nature cyclothymique qui interviennent pour développer l'hyperémotivité, quand elle existe, jusqu'à son paroxysme.

*
**

Le problème paraît d'emblée beaucoup moins simple à résoudre pour les constitutions affectives. Ici, en effet, nous n'avons plus comme point de départ une base physiologique définie ; ici, également, nous ne trouvons pas aussi directement l'influence des causes occasionnelles. Pendant plus de vingt ans, nous nous sommes heurtés à la difficulté non seulement d'expliquer les paroxysmes, mais encore de situer les constitutions sur quelque base facile à préciser. Nous pensons cependant être parvenu depuis quelques années à une interprétation des phénomènes assez probable. Nous la résumons rapidement.

Deux constatations, déjà anciennes pour nous, nous ont amené à une hypothèse, que les faits ultérieurement observés de ce point de vue nous ont paru confirmer.

Voici d'abord les deux constatations. La première, c'est qu'un grand nombre de manifestations paranoïaques, perverses et mythomaniaques, nous étaient apparues comme déclenchées et mises en branle par les oscillations d'une cyclothymie associée et jouant le rôle d'antécédent dans l'apparition et la disparition de tous les phénomènes. Nous avons développé déjà ce point page 17.

La deuxième, c'est qu'un grand nombre d'autres manifestations des déséquilibres affectifs, plus spécialement du déséquilibre paranoïaque, quand il n'était pas déclenché par un accès d'excitation ou de dépression, étaient de forme passionnelle et s'associaient toujours à un appoint paroxystique d'hyperémotivité constitutionnelle.

Voici maintenant l'hypothèse :

En présence de ces deux constatations, l'idée nous vint que peut-être, il n'existait point d'efflorescence des tendances affectives sans une intervention déclenchante, soit la cyclothymie, soit de l'hyperémotivité.

Si cette hypothèse était justifiée comme nous le pensons, elle nous permettrait de conclure que l'efflorescence d'une psychose affective (paranoïaque, perverse ou mythomaniaque) est toujours le résultat d'un ébranlement, soit cyclothymique, soit hyperémotif ; psychoses de réaction envers le milieu, psychoses sociales pourrait-on dire, elles ne prennent leur essor qu'à l'occasion d'un accès d'excitation ou de dépression cyclothymique, ou à défaut, à l'occasion d'une exaltation hyperémotive. Or, comme nous sont connues les conditions d'efflorescence des paroxysmes des constitutions actives, de même nous seraient connues les conditions d'efflorescence des psychoses de la vie affective.

Ainsi s'établit une sorte de synergie et d'unité entre les diverses psychoses constitutionnelles ; ce ne sont que celles qui ont une base physiologique et par suite un déterminisme biologique précisé, qui peuvent expliquer leur propre mécanisme et celui des autres psychoses ; il faut leur intervention et leur rôle déchaînant pour leur propre efflorescence, mais aussi pour l'efflorescence des trois psychoses affectives. Nous ne pouvons, faute de place, donner les illustrations cliniques ; chacun les aperçoit sans peine.

NATURE DES CONSTITUTIONS

Les constitutions psychopathiques ne sont pas une création commode de l'esprit, une construction conventionnelle, uniquement faite pour faciliter l'explication dogmatique ou permettre un cadre et une interprétation provisoires.

« Réalité clinique, dit Dupré, à sémiologie objective et d'ordre psycho-neurologique, la constitution représente en psychiatrie une notion solide, féconde, pleine d'enseignements, pour le diagnostic et le pronostic, contenant la formule psychologique de nos malades puisqu'elle en éclaire le présent et en dévoile l'avenir... »

Or, si l'histoire clinique des constitutions est ainsi bien connue et bien précisée, il n'en est pas de même de leur nature, au sens biologique du mot.

A ce point de vue, nous en sommes encore réduits aux hypothèses et tout ce qui va suivre, plus ou moins probable, reste soumis aux contrôles et vérifications de l'avenir.

A l'heure actuelle, rien n'est plus vague et incertain que le rôle de l'hérédité. On répète que la tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis et en général toutes les toxi-infections seraient en cause dans l'ascendance des déséquilibrés. Naturellement, c'est la syphilis qui est le plus souvent incriminée. Mais il n'est aucun fait statistique ou clinique qui vienne corroborer de façon un peu certaine une telle opinion. Pour la syphilis en tous cas, il s'agirait d'une hérédité de transformation, car les déséquilibrés ne sont pas plus fréquemment syphilitiques que les autres et le traitement spécifique demeure sans action.

Dans l'hérédité, il y a lieu de tenir compte de la continuité d'une part, de la similarité d'autre part. Sur les cinq constitutions que nous avons décrites, il y en a une, la cyclothymie, qui se comporte d'une façon très particulière en ce sens qu'elle paraît héréditaire, sous la forme continue et similaire à la fois, sans qu'il soit possible de mettre en évidence d'autres causes dégénératives que l'existence de la cyclothymie elle-même. Quant au problème de savoir comment dans une famille peut commencer le déséquilibre transmissible sous la forme similaire, nous sommes incapables de lui apporter le moindre commencement de solution, à moins de faire intervenir un phénomène de mutation.

Les autres quatre constitutions, par contre, ne paraissent héréditaires ni par continuité, ni, par conséquent, par simila-

rité. On trouve bien parfois plusieurs membres d'une même famille présentant le même déséquilibre, mais quand celui-ci n'est pas à base de cyclothymie, le fait est assez rare pour qu'on ne puisse en tirer aucune règle. Donc, une constitution est d'hérédité similaire, les autres sont simplement innées.

Des recherches expérimentales, à la fois physico-chimiques et cliniques se sont efforcées de pénétrer dans le mécanisme de certaines constitutions. Ells ont montré que certaines manifestations paroxystiques paraissaient d'ordinaire :

1° évoluer parallèlement à des modifications du *p*H sanguin ;

2° être assimilables à des chocs colloïdoclasiques ;

3° dépendre de l'équilibre vago-sympathique, les sujets étant, suivant les moments, ou vagotones, ou sympathicotones ou amphotones ;

4° dépendre, comme les dystonies du système vago-sympathique lui-même, de l'équilibre des sécrétions internes (endocrino-diagnostic des tempéraments du Dr Laignel-Lavastine).

Toutes ces données sont de très grande importance. Elles démontrent la complexité des phénomènes et la participation de plusieurs systèmes agissant en synergie. Malheureusement, malgré les très grands espoirs qu'elles ont fait naître — d'abord un peu trop vite — et qu'elles laissent encore subsister pour un avenir plus informé, elles n'ont pas sensiblement avancé le problème de la nature des constitutions. Il est impossible d'établir une hiérarchie de ces phénomènes, et de les relier nettement, les uns aux autres, par un principe de causalité. S'il était possible d'indiquer, dans l'état actuel de nos connaissances, une probabilité de primauté d'action, ce serait incontestablement en faveur du sympathique et c'est pourquoi ce n'est pas faire une hypothèse trop hardie que d'attribuer, comme base physiologique, à la cyclothymie et à l'hyperémotivité, une instabilité innée du sympathique. Les autres phénomènes : colloïdoclasies, variations du *p*H et des hormones, seraient plutôt des phénomènes secondaires ; ils enrichiraient la symptomatologie des états cyclothymiques et hyperémotifs mais ils ne seraient en définitive que des effets et non des causes.

*
**

Dans cette incertitude touchant la nature des constitutions, qu'on nous permette de risquer une hypothèse qui, vraie ou fausse, situe de toutes façons les constitutions dans l'évolution biologique comme il nous paraît qu'elles doivent l'être.

La biologie est avant tout l'étude des fonctions comme l'ont bien indiqué Von Monakow et Mourgue, avec qui nous nous trouvons d'accord sur la plupart des généralités qui suivent. Or, dans la morphogénèse et au cours de la complication croissante des formes phylogéniques, on est facilement entraîné à ne voir que les aspects très secondaires et très dérivés de la fonction et à négliger sa forme générale et primitive, « pourtant toujours présente et agissante » (Von Monakow) et son évolution qui va suivant les lois de Jackson, du plus organisé au moins organisé, du plus simple au plus complexe, du plus réflexe au plus conscient. Ce qui est primordial et essentiel, c'est la fonction ; ce qui est accessoire et même contingent, ce sont les systèmes et les organes par lesquels, de complications en complications, elle s'extériorise. Si l'on ne saurait concevoir la vie sans les propriétés primordiales qui la caractérisent (motilité, nutrition, reproduction et irritabilité), on pourrait concevoir par contre tels agencements différents et variables de groupements cellulaires que ceux qui existent. Il n'existe pas de colloïde vivant, si infime qu'il soit, qui ne renferme en lui tout ce qui est nécessaire à l'accomplissement des fonctions que nous venons d'indiquer. De leur point de départ à leur point d'arrivée, ces fonctions ne changent point de nature ; leur évolution continue leur genèse, mais ne les transforme point.

Ces considérations peuvent permettre de comprendre l'apparition des constitutions.

En effet, toutes les fonctions primordiales de la vie sont héréditaires ; elles se transmettent directement par le processus de continuité de l'hérédité, et passent de l'ascendant au descendant, celui-ci ne faisant que continuer celui-là. Mais si l'hérédité de continuité est certaine et précise, l'hérédité de similarité n'est que relative et c'est là le point important. Ceci signifie que si toute fonction est chez le descendant la continuité d'une fonction existant chez l'ascendant, cette continuité ne constitue pas cependant une identité absolue et qu'en particulier, la fonction ne changeant pas de nature, peut cependant varier de degré. Autrement dit, l'hérédité

similaire est toujours relative et non absolue ; cette similarité comporte l'identité de nature, non de degré. Tous les travaux sur l'hérédité, plus spécialement ceux de Meyer et Schoefer, montrent qu'un caractère transmis par hérédité, se transmet avec des balancements autour d'une moyenne, qu'une couleur, par exemple, ou une longueur d'organe oscille entre des limites qui laissent exister des différences de degré allant d'un extrême, limite, à un autre extrême, également limite. S'il en est ainsi, les fonctions primitives de la vie sont d'hérédité continue, mais non absolument similaire. Il n'y a pas et il ne peut y avoir identité absolue. Leur degré — leur force propulsive initiale (Von Monakow) — varient autour d'une moyenne ; il y a nécessairement des cas par excès, d'autres par défaut, des atrophies et des hypertrophies relatives. Ainsi, les excès ou défauts ne sont pas, dans leur origine, tératologiques ou pathologiques, mais des conséquences plus ou moins fréquentes et régulières. Et cela est vrai non seulement pour les formes primitives des fonctions vitales — motilité, nutrition, reproduction et irritabilité — mais encore pour leurs formes élaborées — activité, émotivité, etc... — Ainsi, l'origine des constitutions serait un simple phénomène génétique, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir un facteur dégénératif, toxi-infectieux, ou autre, comme pour les débilités mentales ou les dystrophies physiques à base d'altérations anatomo-pathologiques.

Une telle génèse expliquerait, par surcroît, tous les caractères des constitutions : innéité, précocité, permanence, correspondance psychologique, caractère fonctionnel et réactionnel, accentuation progressive par sensibilisations répétées, etc...

DES AUTRES CONSTITUTIONS PROPOSÉES

Nous n'avons envisagé, jusqu'ici, que les cinq grandes constitutions unanimement admises. Reste à discuter celles qui ont été, en outre, plus ou moins nettement décrites ou proposées. Parmi celles-ci, il en est qui ne représentent qu'une synonymie : c'est ainsi que les « Idéalistes passionnés » de Dide sont incontestablement des paranoïaques. D'autres ne sont que des sous-variétés d'une des grandes

constitutions précédemment étudiées, ou, comme dit Dupré, une espèce dans un genre : l'hystérie est une espèce du genre mythomanie ; de même, la constitution anxieuse, par rapport à l'hyperémotivité ou l'hypochondrie par rapport à la paranoïa. Un certain nombre enfin ne sont que des associations : la constitution psychasthénique est une association de dépression cyclothymique et d'hyperémotivité, dans laquelle l'hyperémotivité prédomine; la constitution schizoïde, telle que la comprend l'école du Professeur Claude, nous paraît une association d'hyperémotivité et de dépression cyclothymique, dans laquelle cette dernière prédomine.

Nous résumons, dans le tableau ci-après, le rapport qui nous paraît exister entre ces diverses constitutions proposées et les cinq grandes constitutions que nous avons cru devoir seules conserver.

Constitutions proposées	Rapport	avec les cinq constitutions
C. idéaliste, passionné	Synonyme de	C. paranoïaque.
C. imaginative	—	C. mythomaniaque.
C. syntone	Sous variété de	Excitation constitutionnelle (cycloth.).
Neurasthénie constitutionnelle	—	Cyclothymie dépressive.
C. anxieuse	—	C. hyperémotive.
C. hystérique	—	C. mythomaniaque.
C. hypochondriaque ou Arganique	—	C. paranoïaque.
C. psychasthénique	Association de	Hyperémotivité sur fond de dépression cyclothymique.
C. schizoïde (Prof. Claude)	—	Dépression chronique cyclothymique chez hyperémotif.

Seule de toutes les constitutions proposées, la schizoïdie, en raison de l'importance qu'on lui a donnée à l'étranger au cours de ces dernières années, en raison aussi du haut patronage qu'en France lui a accordé le Professeur Claude et son école, nous paraît devoir être spécialement discutée dans le chapitre suivant.

LA CONSTITUTION SCHIZOIDE

Il est indispensable de distinguer au moins quatre formes de la schizoïdie, à savoir, celles de Bleuler, Kretschmer, Minkowski et Claude ; celles-ci sont, en effet, loin de se ressembler et il y a déjà, dans ces divergences, une suspicion grave contre la valeur de cette construction.

La schizoïdie de Bleuler. — « Pendant de longues années, dit Bleuler, je fus, je crois, le seul à reconnaître toute la portée de la conception de Kræpelin et à l'adopter sans réserves. Pour couper court à l'objection *très superficielle* que dans la grande majorité des cas il ne s'agissait ni de démence, ni de précocité, je proposai le nom de schizophrénie. Si le terme de « folie discordante » de Chaslin avait déjà existé à ce moment-là, j'aurais tout aussi bien pu le choisir... La schizophrénie est non seulement une entité clinique, mais en même temps une entité anatomo-pathologique... Dans toutes les formes, nous trouvons un trouble particulier de la pensée caractérisé par un relâchement (Loekerung) des associations habituelles... Dans les cas moins graves, les troubles sont moins accusés, mais au fond il s'agit uniquement de différences de degré et non de nature... Les divergences constatées dans les différents tableaux cliniques ne nous fournissent pas non plus de base suffisante pour démembrer le groupe des schizophrénies... Toutes les nombreuses tentations de séparer les formes paranoïdes de l'ensemble des schizophrénies ont entièrement échoué... (Parfois) la dernière est peu marquée ou même on préfère dans ces cas ne plus parler du tout de démence. *Cependant, il ne s'agit là que de différences de degré, les troubles étant, dans les deux cas, de même nature...* La schizophrénie est une affection physiogène, c'est-à-dire à base organique... L'origine organique de la schizophrénie se laisse aujourd'hui démontrer avec toute l'évidence voulue. »

Ainsi, conception très nettement affirmée d'affection démentielle organique, à base anatomo-pathologique, se

superposant exactement à celle de Kræpelin. Mais, et c'est là où commence la difficulté, Bleuler ajoute :

« La recherche des éléments héréditaires ramène toutes les formes de la schizophrénie aux mêmes traits familiaux, et c'est toujours dans une constitution particulière qu'il faut rechercher la cause principale de l'affection elle-même... La schizophrénie comprend donc tous les degrés qui vont insensiblement de l'état normal jusqu'aux formes les plus graves de démence... la maladie jusqu'alors latente, devient manifeste par une simple exacerbation de l'état antérieur... »

Cette contribution personnelle de Bleuler nous paraît tout à fait contestable. Dans l'évolution de ses idées, schizophrénie a été d'abord synonyme de dissociation intrapsychique; par un véritable jeu de mots, secondairement, elle n'a plus été seulement intra-psychique mais encore une dissociation entre le sujet lui-même et le milieu, et l'autisme alors a pris des proportions démesurées jusqu'à paraître à son créateur « l'exagération d'une fonction normale, se retrouvant chez tout individu sain ».

Les objections se présentent en foule contre une telle conception.

D'abord, si l'on veut bien n'envisager que les cas véritables de démence précoce, l'autisme paraît avoir été considérablement exagéré : c'est une interprétation gratuite que de supposer, chez ces malades, une vie intérieure plus ou moins riche et importante ; on n'a pas le droit d'imaginer plus que ne donne ou ne livre l'examen clinique. On invoque en vain les manifestations si exceptionnelles de réactions intelligibles des déments précoces ; ce ne sont là que des décharges fugaces d'automatismes anciens. Sengès, dans une étude très remarquée, a bien montré que « l'autisme pauvre », « nudité effarante » (Minkowski) appartenait seul à la démence précoce et que, s'il y avait un autisme riche, c'est ailleurs qu'il fallait le placer.

Ensuite, il convient d'observer qu'il n'existe pas un autisme, mais des autismes, en ce sens que l'autisme — de même d'ailleurs la syntonie — n'est à aucun degré une fonction autonome et définie, mais un mode de comportement très dérivé et secondaire, pouvant relever de mécanismes primitifs divers et variables. Les termes d'autisme et de syntonie sont d'une telle généralité qu'ils perdent

toute signification et qu'ils pourraient tout aussi bien être remplacés par les termes d'adaptation, bonne ou mauvaise, car ils n'impliquent rien de plus. Une classification basée sur des modes de comportement très généraux comme extraversion ou introversion, puissance ou infériorité, demeure sans portée car elle laisse subsister la nécessité d'établir des catégories en rapport avec les conditions génétiques, ce qui seul importe. L'autisme n'étant qu'un comportement, on le trouvera aussi bien chez le déprimé cycloïde timide, taciturne et abstentionniste, ou chez l'excité cycloïde, agressif, querelleur, révolté et opposant — à moins de nier, par des raisonnements substils et tendancieux, ces types cliniques — que chez le schizoïde de Bleuler.

D'autre part, Bleuler ne parvient pas à rendre clairs les rapports entre l'autisme et la syntonie.

« C'est complètement à tort que l'on prétend que Kretschmer et moi, divisons l'humanité en schizoïdes et syntones... Les deux modes en question ne s'excluent aucunement et ils sont, du point de vue héréditaire, aussi indépendants l'un de l'autre que la couleur des cheveux l'est du talent pour la musique. »

Médiocre comparaison ! Il ne s'agit point ici de deux modes indépendants comme les deux exemples cités, mais au contraire de deux modes exactement *opposés et inverses*, dont nous ne saurions davantage comprendre l'association, ou « l'intrication », ou « l'alliage », que celle de la grandeur et de la petitesse, de la gaieté et de la tristesse, du jugement et de la débilité mentale.

Par ailleurs, comment expliquer le passage d'une schizothymie, propriété banale et normale, à une schizophrénie, à base de lésions anatomo-pathologiques ?

« D'aucuns, dit Bleuler, ont émis l'avis qu'un facteur nouveau et autonome devait intervenir pour transformer la schizopathie en schizophrénie. Nos connaissances actuelles ne rendent aucunement cette hypothèse indispensable. »

Affirmation, sans plus, qui ne convainct point et traduit l'embarras. Tant que cet X ne sera pas mieux élucidé, il demeurera impossible de comprendre comment une affection organique, par lésions cérébrales acquises, peut résulter « d'une simple exagération de l'état antérieur » (Bleu-

ler), cet état antérieur étant « une fonction normale se retrouvant chez tout individu sain » (Bleuler).

Enfin — et c'est l'objection essentielle et fondamentale — les recherches étiologiques ne démontrent l'existence ni constante, ni habituelle d'anomalies de forme schizoïde ou schizothyme dans le passé des sujets devenus schizophrènes. Il y a là une affirmation de Bleuler que nous ne saurions assez combattre. Nulle part peut-être plus qu'en France on ne s'est occupé de l'étiologie et de la physio-pathologie de la démence précoce ; on y a notamment mis en évidence un type dégénératif et un type toxi-infectieux. Mais que cette affection organique, véritable encéphalite toxi-infectieuse acquise avec ou sans prédisposition, ne se rencontre que chez des sujets porteurs d'une constitution spéciale, voilà ce que la clinique, au moins en France, a toujours démontré n'être pas exact et ne pouvoir constituer une règle. Nous ne saurions mieux conclure qu'en citant cette critique de Minkowski, qui a porté — nous le montrerons à plusieurs reprises — les plus solides coups de boutoir contre la doctrine de la schizoïdie.

« Nous devons d'ailleurs nous demander, l'enthousiasme de la première heure, une fois passé, si une constitution schizoïde se laisse réellement constater chez tous les schizophrènes. Certains cas semblent infirmer cette façon de voir. La schizophrénie paraît parfois éclore sur un terrain qu'on ne saurait qualifier de schizoïde. Si ces constatations devaient vraiment être confirmées par la suite, une rectification de l'hypothèse attribuant exclusivement à la constitution le rôle formatif deviendrait nécessaire... »

La schizoïdie de Kretschmer. — La conception de Kretschmer est indéfendable et il nous paraît difficile d'en parler sans impatience. Présentée en France, par un Français, elle n'eût soulevé que protestations et moqueries ; elle participe à la fois de l'esprit de système, de la confusion des genres et — suivant le terme appliqué par l'auteur à certains schizophrènes — du pathos. Les faits cliniques y sont traités avec une désinvolture inconcevable et soumis, bon gré mal gré, aux interprétations les plus tendancieuses, en vue de cadres préétablis. Nous ne pouvons qu'esquisser la critique d'une pareille doctrine.

D'abord, deux objections générales. La première vise à souligner l'illégitimité d'assimiler la manie-mélancolie, psychose

constitutionnelle et la schizophrénie, encéphalite organique acquise, et de donner, à la seconde comme à la première, une origine constitutionnelle. C'est là le type de la confusion des genres qui aboutit fatalement à l'anarchie de la terminologie psychiatrique.

La seconde vise la tentative d'imposer, à ces déséquilibres psychiques, une morphologie physique spéciale pour chacune d'elles. Nous pourrions rappeler les opinions des grands naturalistes français, Buffon, Cuvier, Flourens, etc., qui ont, depuis longtemps, proclamé l'indépendance de la fonction et de la structure morphologique. Il suffira de dénoncer le défaut de base scientifique de données qui reposent :

1° Sur de simples apparences superficielles et grossières, telles que la forme plus ou moins ronde ou plus ou moins triangulaire de la circonférence frontale, la grosseur et la rondeur ou la longueur et la minceur des différentes parties du corps, d'où il résulte, par exemple, que « l'athlétique à poitrine large et richement musclée » a la même signification et correspondance que « l'asthénique à cage thoracique étroite, allongée et de musculature grêle ».

2° Sur le plus ou moins grand nombre de pykniques ou de dysplasiques dans les deux constitutions, de telle sorte qu'un schizothyme peut être pyknique et un cyclothyme dysplasique « quoique plus rarement » !

3° Sur la plus grande fréquence, par rapport aux cas purs, des cas « d'alliage » des éléments pykniques et dysplasiques.

4° Sur des statistiques limitées, nullement démonstratives et en tous cas très différentes des recherches effectuées en France.

Mais cette question des types morphologiques est secondaire. Ce qui est plus important, c'est la systématisation à outrance imposée à quelques-unes des opinions de Bleuler.

Kretschmer néglige complètement la psychose maniaco-mélancolique et la schizophrénie confirmées; ce qui l'occupe, ce sont les constitutions elles-mêmes. Voici comment :

En premier lieu, la constitution cycloïde est réduite à sa plus simple expression. N'y rentrent que « les excités humoristes, pleins de bonté et d'indulgence »... « d'une naïveté bienveillante, franche et joyeuse », « d'une psycho-mobilité adéquate aux excitations, franche, naturelle, douce » ou des déprimés caractérisés par « une douce et bienveillante

modestie et de la timidité ». Par contre, « les frondeurs, les ironistes mordants et sarcastiques pleins d'esprit » sont des schizothymes. Tout cela, au grand dam des faits cliniques, pour ménager la notion de syntonie, fondement de la cycloïdie.

En second lieu, Kretschmer ne se borne pas à placer, dans la schizoïdie, ce qui, dans la cycloïdie, pourrait gêner la syntonie ; c'est bien plus simple, dans la schizoïdie, il a *tout* mis.

L'hyperémotivité ? Ce sont les deux pôles hyperesthésie et anesthésie de la psychesthésie entre les deux pôles de laquelle se situent tous les schizoïdes, et, contrairement à l'enseignement de la clinique, et, sans doute, par méconnaissance de l'hyperémotivité concentrée ou refoulée, Kretschmer écrit :

« Le tempérament le plus indolent et froid est capable de se manifester à l'occasion par une hyperexcitabilité spécifique. »

La paranoïa ?

« Le schizothyme anesthésique se caractérise par l'énergie, l'entêtement, le fanatisme, la logique étroitement systématisée de la pensée et de l'action poussées jusqu'à leurs dernières conséquences... Le sujet a de lui-même une opinion ridiculement exagérée, se croit presque l'égal des Dieux, affiche le plus profond mépris pour ses semblables, manifeste des sentiments et une activité sthénique intenses, qui frappent et choquent par leur rudesse, leur fanatisme, leur brutalité et leur cynisme blasé. C'est ainsi encore que, dans son attitude sthénique, le schizothymique au tempérament hyperesthésique se révèle facilement nerveux, plein d'amertume, de méfiance, de ressentiment... »

La perversité y est aussi. Nous venons de noter la rudesse, la brutalité, le cynisme, la méfiance. Ailleurs, c'est l'antisociabilité. Voici mieux encore :

« Il existe des schizothymes anesthésiques qui n'offrent aucune prise aux influences morales extérieures et présentent un état connu sous le nom d'imbécillité morale. »

Cette synthèse totale faite, Kretschmer conclut que :

« les schizothymes et les cyclothymes représentent deux grands types biologiques fort complexes, dont les éléments se combinant de mille manières et dans des proportions variées, produisent les tempéraments normaux aux nuances aussi fines que multiples. »

Toutefois, il n'est pas sans quelque incertitude et ajoute :

« Nous devons laisser ouverte la question de savoir si les deux grands types dont nous nous occupons représentent chacun un tout indivisible, se suffisant à lui-même ou bien s'ils comportent *différents sous-groupes biologiques, comme c'est vraisemblablement le cas des schizothymes.* »

Il y a bien encore

« quelques types spéciaux qu'on peut qualifier de types de dégénérescence : hystériques, épileptoïdes, paranoïdes, etc... ».

Mais

« il est encore impossible de dire si ces types spéciaux se composent des mêmes éléments que les principaux tempéraments mais autrement combinés et d'une intensité différente ou bien, si des éléments nouveaux entrent dans leur composition ».

Kretschmer ayant placé dans la schizoïdie tout ce qui caractérise les autres constitutions, on comprend sans peine qu'il soit amené à mettre en doute l'existence de celles-ci et à en négliger complètement la description. Comment s'en tirer autrement ?

Nous laissons à Minkowski le soin de parfaire cette critique, par quelques arguments que nous rencontrerons au paragraphe suivant.

La schizoïdie de Minkowski. — Par rapport à ses devanciers, Minkowski est sans doute plus près de Kretschmer que de Bleuler, mais en réalité, il se sépare de tous deux et n'hésite pas à écrire lui-même que sa conception « est plus minkowskienne que bleulérienne ».

Contre Bleuler d'abord.

« Bleuler défend dans sa théorie de la schizophrénie l'opinion qu'un trouble particulier dans les associations est le trouble premier de cette affection. Il cherche ensuite une base organique pour ce trouble... Je fis du contact vital avec la réalité le point central de la schizophrénie. Une certaine dualité *ne peut pas ne pas en résulter* entre *l'œuvre maîtresse de Bleuler et mon analyse...* »

« Si le schizophrène devient de plus en plus schizoïde et de moins en moins syntone, pourrons-nous en dire encore autant, *mutatis mutandis,* du maniaque dépressif ! Le maximum de syntonie se trouve ainsi dans le domaine du normal tandis que le maximum de schizoïdie semble devoir être recherché dans le

domaine du pathologique. Ceci rend les deux facteurs essentiels nettement asymétriques... Leur nature, leurs modifications respectives demandent à être précisées... Tout ce chapitre de psychopathologie générale n'a pas dépassé encore le stade embryonnaire... Il s'agit de chapitres de notre science qui sont encore à l'état d'ébauche... »

A Bleuler qui écrit « L'éternelle question, schizophrénie ou folie maniaco-dépressive ? devrait être remplacée dans tous les cas par : jusqu'à quel point schizophrénie et jusqu'à quel point folie maniaco-dépressive ? » l'écho minkowskien répond : « La schizoïdie et la syntonie se comportent comme deux contraires. »

Contre Kretschmer maintenant.

« Kretschmer, dit Minkowski, parle d'un déplacement de la proportion psychesthésique, déplacement qui se produit (avec l'âge) dans la grande majorité des cas, vers le pôle anesthésique. Une atteinte est portée ainsi à la notion de la schizoïdie, en tant que facteur immuable... Qui saurait dire en pratique s'il s'agit uniquement d'un déplacement de la proportion psychesthésique ou d'une véritable poussée schizophrénique ? Kretschmer se rend parfaitement compte de cette difficulté... Cette difficulté devient tout naturellement le point de départ des critiques adressées à Kretschmer. Bumke émet l'opinion que la schizoïdie de Kretschmer se réduit à néant, si on en déduit d'une part ce qui appartient au normal et ce qui de l'autre n'est au fond qu'une forme atténuée de la schizophrénie et Beze croit également que la plupart des schizoïdes ne sont rien d'autre que ces formes atténuées de schizophrénie... Quel que soit le résultat de cette controverse, et même si, en fin de compte, la schizoïdie de Kretschmer devrait être en entier considérée comme schizophrénie atténuée, *conclusion qui pourrait nous être imposée par des recherches anatomopathologiques* bio-chimiques ou autres, même dans ce cas, disons-nous, l'opposition nette des notions de schizoïdie et de schizophrénie n'aurait pas été sans valeur. »

Sans doute, mais alors, comme la vérité sort de l'erreur !

Minkowski n'est pas sans être gêné aussi par la façon dont Kretschmer a englobé l'hyperémotivité dans la schizoïdie.

« Nous croyons, écrit-il, qu'une confrontation plus particulière de la constitution émotive de l'école française (Dupré et ses élèves) avec ce que Kretschmer appelle le pôle hyperesthésique de la constitution schizoïde serait du plus haut intérêt. Nous voulons simple-

ment dire que les réactions hyperesthésiques des schizoïdes et la constitution hyperémotive demandent à être différenciées davantage ; *il est probable* qu'il s'agit là de facteurs constitutionnels différents... »

Peut-être oui, peut-être non : mais que d'incertitudes et de contradictions, jusqu'ici !

***

A la partie critique, Minkowski, dont nous louons, en passant, l'esprit subtil et délié, a ajouté une partie constructive, qui est représentée par deux idées fondamentales: 1° La schizophrénie n'est pas une démence ; 2° La perte du contact vital avec la réalité est le noyau central de la psychose.

Ainsi, contrairement à Kræpelin et à Bleuler (Kretschmer ne s'est pas intéressé à ce point particulier), contrairement à Heuyer et à Simon qui, dans deux communications faites récemment à la Société médico-psychologique, s'efforcent de montrer que l'affaiblissement intellectuel est *initial et continu* dans la Démence précoce, Minkowski affirme que le « déficit pragmatique » des schizophrènes ne dérive, en aucune façon, d'un état démentiel ou d'un affaiblissement intellectuel. L'opposition entre ces deux conceptions est d'une telle importance qu'il doit y avoir une explication et, cette explication, nous pensons l'avoir découverte. Il nous paraît impossible, en effet, qu'un psychiatre, quelqu'il soit, lisant les exemples et observations du livre que Minkowski a écrit sur « la schizophrénie », ne reconnaisse pas, dans ces anxieux ratiocineurs, se plaignant d'anesthésie psychique, d'incertitude, de fixité, d'étrangeté, ou interrogeant sans fin, s'analysant avec profondeur et précision, s'exprimant de façon vive et nuancée, les types les plus nets de ces psychasthéniques si complètement décrits, depuis longtemps, par Raymond et Janet. Minkowski peut bien alors établir que ses malades ne sont pas des déments ; c'est une démonstration tout à fait superflue et depuis longtemps acquise, même pour les formes graves de psychasthénie. La confusion que commet Minkowski est tellement évidente qu'il ne peut éviter de faire allusion à la fonction du réel de Janet qui « a beaucoup de points communs avec la notion de contact vital avec la réalité », et qu'il n'hésite pas à invoquer, à l'appui de sa thèse, les opinions exposées par Divry dans un travail

« s'adressant, reconnait Minkowski, avant tout aux malades paraissant relever de la psychasthénie ou, tout au moins, présentant au cours d'autres affections un élément pouvant être qualifié de psychasthénique ».

Ainsi éclate le danger d'une notion aussi vague et illimitée que celle de schizophrénie, où chacun place ce qui lui plaît et qui ne peut être que la source de discussions byzantines sans issue.

Minkowski, ayant ainsi banni tout affaiblissement intellectuel de sa schizophrénie, ajoute : « Je crois pouvoir revendiquer la priorité de la notion de contact vital avec la réalité en tant que point central de la schizophrénie. » Soit ; cette appellation peut, en effet, convenir pour ce grand symptôme d'indifférence et d'absentéïsme reconnu par tous les auteurs depuis Kræpelin. Quant à en faire le noyau central de la schizophrénie, c'est à discuter.

Il est un noyau central de l'affection proclamé par tous les auteurs sous des synonymies diverses : perte de l'unité interne (Kræpelin), démence aperceptive (Weygandt, d'après le terme aperception de Wundt) ; ataxie intra-psychique (Stransky) ; dysharmonie intrapsychique (Urstein) ; discordance (Chaslin) ; schizophrénie (Bleuler, première manière). Tous ces termes disent une même et identique chose et correspondent aux termes dissociation psychique ou intellectuelle plus couramment employés en France. Tous visent nettement une altération primitivement intellectuelle. Minkowski les repousse tous par ce jugement : « En vertu de quels facteurs s'établit donc, à l'état normal, la concordance de ces mêmes facultés ? Telle est la question qui se pose et qui reste, pour l'instant, sans réponse. » Et il nous propose, en remplacement, le contact avec la réalité. Mais à notre tour, nous demandons : « En vertu de quels facteurs s'établit ce contact ? Ces facteurs sont-ils intellectuels ? affectifs ? volitionnels ? physiologiques ou sociologiques ? ou le tout à la fois » Minkowski pense répondre en les rapportant à l'élan vital qui est sans doute à sa place dans la philosophie de Bergson, mais qui ne dit rien qui vaille, transposé en biologie. Une fois de plus une formule est créée qui suppose une fonction aussi générale que la vie elle-même — car élan vital et dynamisme de la vie sont bien à peu près synonymes — et tout reste à expliquer.

Minkowski écrit : « Ce qui importe, ce ne sont pas les symptômes, mais l'état mental qui les conditionne. » Mais est-ce que, par hasard, le contact vital est un état mental ? N'est-ce pas en toute logique l'état mental qui crée le contact vital et non l'inverse ? Nous touchons ici l'erreur fondamentale du système qui consiste à prendre pour fonction ou faculté autonome, pour état mental ce qui n'est que le résultat, l'aboutissement ou l'extériorisation de la fonction ou de l'état mental. Le contact vital n'est rien d'autre qu'un mode de comportement, qu'une conduite, qu'un ensemble de réactions dérivées et secondaires dont il reste à mettre en évidence les facteurs déterminants, sans doute multiples et variables. Sa perte, non plus, ne peut être un état mental ; elle ne peut conditionner les symptômes ; elle ne peut même être un symptôme, mais seulement un résultat, une conséquence de symptômes. Le contact ne diffère en rien de l'adaptation, de la bonne conduite, de la sagesse dans son sens le plus général et de toutes les synonymies du même genre qu'il serait facile de lui donner. Il n'est qu'une constatation résumée et globale de l'ensemble des actes habituels du sujet. C'est pourquoi il n'y a pas un contact avec la réalité — ce n'est là qu'une façon de s'exprimer synthétique et schématique — il y a en réalité des modes infiniment diversifiés de contact avec la réalité.

La schizoïdie du Pr Claude. — Il existe d'abord une constitution schizoïde, définie comme une tendance innée à l'intériorisation, à la rêverie, à la bouderie, etc... Sur ce fond constitutionnel se produiraient des accidents paroxystiques, les accès schizomaniaques ou schizomanie ; la répétition des accès schizomaniaques pourraient aboutir à une psychose chronique, la schizophrénie.

Plusieurs objections sont évitées dans cette doctrine. D'une part, le parallélisme entre syntonie et autisme est peu poussé et la question de la manie-mélancolie laissée de côté. D'autre part, l'X qui transformait la constitution schizoïde de Bleuler en maladie organique et en démence, n'est plus à résoudre ici, car la schizophrénie est considérée comme une forme nosologique différente de la démence précoce, appelée, de façon un peu contestable, type Morel. Cela nous éloigne considérablement de Bleuler, de Kretschmer et de Minkowski. Toutefois, il subsiste une critique commune : nous trouvons ici

l'accentuation de la tendance, que nous réprouvons, de prendre comme base clinique et critérium nosologique non l'état mental ou les symptômes, mais le comportement, la conduite, voire les attitudes des malades : « Le syntone, c'est l'homme d'action ; le schizoïde, c'est le rêveur. » (Borel et Robin).

Mais la doctrine a le mérite d'être logique, nette et précise, et repose, à la manière française, sur des observations claires et complètes. La discussion est ainsi possible sur le terrain des faits et loin des conceptions purement théoriques.

Or, nous pensons et voudrions montrer que toutes ces observations se laissent très facilement interpréter si l'on veut bien les examiner du point de vue des associations constitutionnelles. Les faits qui se rapportent à des attitudes d'intériorisation et de rêverie nous paraissent complètement expliqués et épuisés si on les considère comme résultant de l'association d'une cyclothymie dépressive et d'une hyperémotivité constitutionnelle, utilisant ce que les malades possèdent d'imagination pour construire leur vie intérieure. La difficulté de s'adapter aux complications de la vie, le sentiment d'être blessé par elle, par timidité, doute, perplexité, incertitude, désarroi, sensibilité exagérée, tous éléments dépendant de la psychologie des déprimés hyperémotifs entraîne le renoncement, l'isolement, le repliement sur soi et, comme cependant ces sujets ont une vie affective riche, ils la dérivent comme ils peuvent dans la vie intérieure.

L'attitude de bouderie sur laquelle a insisté aussi l'école de Sainte-Anne, est une association plus compliquée où à la dépression hyperémotive s'associe la paranoïa (dans certains cas même un certain degré de perversité). La preuve ? c'est l'énumération des traits caractérisant ces états, d'après Borel « égoïsme, particularisme plutôt, orgueil, mauvaise humeur habituelle, colères faciles, difficulté à supporter la moindre contrariété, entraînant dès le jeune âge la réaction de bouderie d'une façon immodérée et déjà anormalement durable ». Or, ou les mots n'ont plus de sens ou « égoïsme, particularisme, orgueil » signifient bien paranoïa ; « colères faciles, difficulté à supporter la moindre contrariété », hyperémotivité ; « mauvaise humeur habituelle », dépression cyclothymique des hyperémotifs.

A titre d'illustration, nous insisterons sur l'observation de « schizomanie simple » publiée par MM. Claude, Robin et Roubénovitch. Il s'agit d'un architecte, interné, qui craint par

dessus tout d'être renvoyé de l'asile, où d'ailleurs il a trouvé une occupation régulière et où il supplie qu'on le garde. On retrouve chez lui tous les éléments : 1° de la dépression cyclothymique (humeur taciturne, passivité, répugnance à l'effort et à la lutte, évolution rémittente, lucidité, conscience, autocritique, etc...) ; 2° de l'hyperémotivité associée (scrupules, nosophobie, tentatives de suicide en période de paroxysme anxieux, épisode émotif sexuel avec désarroi, suivi d'état obsédant, etc...), tout cela aboutissant par aggravation progressive à la peur de la vie normale, à l'appréhension de l'effort nécessaire pour s'y adapter, au sentiment d'incapacité, à la crainte de l'échec de tout essai, sauf rappel des conditions de l'asile — « et encore, dit-il » — et au renoncement.

Si toutes ces observations se laissent facilement ramener comme nous le pensons, à des associations de constitutions, tout s'y explique lumineusement : l'innéité, l'évolution rémittente vers une aggravation progressive fréquente, sinon constante, les réactions envers la vie, le développement de la vie intérieure et l'absence d'affaiblissement intellectuel véritable, même dans les cas les plus aggravés.



Nous ne pensons pas arrêter le courant de foi actuelle qui porte avec lui les notions de schizoïdie-schizophrénie. Mais nous devions donner les raisons pour lesquelles nous ne croyons pas devoir admettre une constitution schizoïde primitive. Nous le devions plus spécialement pour la constitution schizoïde du Pr Claude, car elle représente bien une réalité clinique, que nous ne contestons point, mais que nous croyons réductible à une association de constitutions.

EXAMEN CRITIQUE DE LA FATALITÉ DES CONSTITUTIONS

L'argument le plus souvent invoqué peut-être contre la doctrine des constitutions est l'accusation de fatalité qu'elle paraît comporter : si l'individu naît avec une tendance dominante, continue et irréductible, c'est la négation de tout effort thérapeutique.

C'est là un argument d'ordre moral, plus, d'ordre senti-

mental, qui ne saurait modifier par lui-même un fait scientifique quel qu'il soit et s'il était établi d'une façon absolue que toute constitution comporte une fatalité sans limites et sans remèdes, il serait impossible, du point de vue de la méthode positive, de ne pas l'accepter telle quelle. Ce serait une puérilité que de vouloir consoler l'humanité et lui laisser une apparence d'espoir, par une illusion et une erreur.

Mais les faits ne forment pas un bloc rigide ; ils sont plus nuancés et comportent des discriminations, suivant le degré et suivant le moment.

Suivant le moment, on doit considérer ce qui existe présentement et ce qui peut exister demain. Il n'y a pas de fatalité, quand il y a des perspectives illimitées pour l'avenir ; à ce point de vue se posent tous les problèmes d'eugénie et de prophylaxie.

La prophylaxie, telle qu'elle est comprise officiellement aujourd'hui, paraît au fond un peu puérile. Elle méconnaît trop le côté fatalité, actuellement réel, des constitutions et elle risque de s'épuiser en efforts vains en pensant intervenir à temps, en s'adressant à des sujets même jeunes et efficacement en se bornant aux moyens de l'hygiène générale, de la pédagogie, de l'orientation professionnelle et de la thérapeutique actuelle. C'est évidemment très insuffisant pour les états constitutionnels. Ce n'est pas une raison pour les dédaigner absolument, ni les mettre de côté, surtout tant que nous n'aurons rien de mieux à proposer ou à faire, mais ce serait une erreur — et il n'est pas sûr qu'on ne finisse pas par la commettre — de penser que c'est là autre chose qu'une intervention minime et très limitée, et surtout de perdre de vue qu'il faut, coûte que coûte, tendre ses efforts vers la recherche de moyens plus sûrs et plus efficients.

Parmi ceux-ci, se place l'eugénie, et puisqu'il s'agit d'états héréditaires ou innés, dans l'eugénie est la véritable prophylaxie. La voie a été ouverte. Elle l'a été non en France, mais dans certains pays étrangers. Elle l'a été d'une façon qui nous paraît un peu grossière : décider la stérilisation de tous les criminels ou de tous les aliénés chroniques comme s'ils étaient tous semblables au point de vue transmission des caractères héréditaires, est un peu simpliste ; on peut même se demander si de telles mesures ne laissent pas en dehors de la réglementation les cas les plus dangereux quant à l'hérédité morbide. Ici encore, il y a lieu de faire les discriminations néces-

saires et de les étayer sur la seule base solide actuelle, la clinique, j'allais dire pour aller au bout de ma pensée, la nosologie.

Nous avons dit que la clinique semblait démontrer que la cyclothymie seule était héréditaire, les autres dispositions étant seulement innées. En attendant la découverte très possible de thérapeutiques efficaces, il n'est pas douteux qu'une eugénie bien pratiquée dès maintenant pourrait en quelques générations supprimer une proportion considérable de cyclothymiques. Ce n'est pas le lieu d'aborder un tel problème : indiquons seulement que dans un pays comme la France, de telles mesures devraient avoir un caractère à la fois libéral et facultatif : il suffirait peut-être d'accorder le droit de paternité — ou maternité — libre (stérilisation ou avortement légal) à tous ceux qui pourraient justifier par un certificat médical, signé de deux médecins, qu'il a existé un accès franc de manie ou de mélancolie chez les ascendants, les collatéraux immédiats ou chez eux-mêmes. Ce serait là un moyen de remédier à la fatalité de la constitution cyclothymique. Une objection nous a été faite que nous tenons à placer ici. Etant donné l'intervention de la cyclothymie chez tous les créateurs d'œuvres artistiques et littéraires ; chez tous les grands animateurs. ne risquerait-on pas de tarir la source même du génie ? C'est le lieu de rappeler les regrets d'Oscar Wilde touchant tous les artistes qu'avaient pu faire périr la loi spartiate. Cette objection a sa valeur. On y a répondu en déclarant qu'il en resterait toujours assez. Nous nous gardons de prendre parti ; nous nous bornons à indiquer la complexité du problème.

Mais la fatalité relative actuelle des constitutions ne représente sans doute qu'un moment de notre histoire. Nous avons dit comment les constitutions de la vie active (cyclothymie et hyperémotivité) avaient une base physiologique où intervenaient sûrement au moins la tonicité du sympathique et l'équilibre des hormones et comment ces constitutions paraissaient intervenir nécessairement pour l'efflorescence des psychoses de la vie affective (paranoïa, perversité et mythomanie). S'il en est ainsi, nous devons incriminer bien plus l'imperfection de nos techniques thérapeutiques que la fatalité même des constitutions, et nous devons avoir la conviction ferme et consolante que les chocs mieux maniés, l'opothérapie plus judicieuse, les médicaments agissant sur le sympathique,

mieux dosés et tous autres moyens possibles et déjà prévisibles, parviendront un jour à modifier, améliorer et guérir les états constitutionnels, plus vite peut-être que nous ne parviendrons à le faire pour des psychopathies organiques actuellement inaccessibles.

Même dans l'attente de ces moyens curatifs, nous ne pouvons cependant considérer les états constitutionnels comme entachés d'une fatalité absolue. Il y a un très grand nombre de moyens d'intervenir dans leur degré et dans leurs effets que nous ne négligeons pas et que tout psychiâtre pratique continuellement. Seule, l'efflorescence est vraiment grave, et contre elle on peut lutter en évitant ou en combattant toutes les causes occasionnelles qui ont tant d'importance dans l'éclosion des accidents et qui nous sont relativement accessibles, qu'elles soient toxiques, infectieuses ou même émotionnelles. L'éducation, la pédagogie, l'encadrement, le développement des habitudes, la psychothérapie, la direction médicale peuvent beaucoup pour prévenir les rechutes ou en atténuer le degré et l'importance. Même en présence des accidents aigus, nous ne sommes pas entièrement désarmés, nous pouvons aider l'évolution et empêcher les complications graves, aussi bien organiques que sociales. Nous ne pouvons ici que faire allusion à des moyens thérapeutiques que tous les psychiatres connaissent et emploient.

ROLE ET IMPORTANCE DES CONSTITUTIONS EN PSYCHIATRIE

Tout ce que nous avons précédemment exposé, nous a paru nécessaire pour écrire ce chapitre de conclusions qui répond exactement au titre même de notre rapport.

Nous regrettons de n'avoir pas à indiquer l'importance des états constitutionnels dans la psychologie individuelle et dans l'interpsychologie. Nous aurions aimé montrer quel est le rôle des états constitutionnels, cyclothymie et hyperémotivité surtout, dans l'inspiration artistique, littéraire, etc..., et, en un mot, dans l'œuvre de génie ; dans les formules psychologiques des grands hommes, animateurs, créateurs, politiques, révolutionnaires, réformateurs, mystiques, etc... ; dans celle des types accusés : avares, ambitieux, hypocrites, etc. ; enfin, dans des réactions sociales considérées comme non patholo-

giques : adultères, divorces, procès, conversions, vocations, faillites, migrations, etc...

Nous devons nous en tenir à la psychopathologie.

Le rôle des constitutions ne peut mieux être mis en lumière que par la nomenclature des syndromes cliniques qui peuvent en naître ; nous en donnons une ci-dessous, sans être certains qu'elle soit complète.

Syndromes directement nés des constitutions

Cyclothymie	Cyclothymie proprement dite avec oscillations. Excitation constitutionnelle. Dépression constitutionnelle (neurasthénie constitutionnelle). Accès d'hypomanie. Accès de dépression simple avec conscience. Accès de manie. Accès de mélancolie. Manie confusionnelle. Mélancolie confusionnelle. Manie ou hypomanie chronique. Mélancolie chronique. Syndrome de Cotard.

Hyperémotivité : Accidents hyperémotifs par :

Diffusion motrice à prédominances régionales	Stridulisme. Bégaiement. Aphonies. Asthme (éléments nerveux de l'). Dyspepsies nerveuses. Entéro-névroses. Tremblements. Hyperhydroses. Tachycardies. Fausse angor.
Par dérivation de surcharge motrice	Agitation anxieuse. Tics.
Par explosion de surcharge motrice	Impulsions. Crises nerveuses.
Par besoin exagéré de certitude	Obsessions, doutes, scrupule. Phobies.

Par le mécanisme du réflexe conditionné (perversions émotives) :
- Attirances et répulsions morbides.
- Perversions sexuelles.
- Pyromanie, kleptomanie, etc.

PARANOÏA :
- Hypochondrie paranoïaque.
- Quérulance.
- Processivité.
- Délire de préjudice.
- Sinistrose.
- Délire de revendication.
- Magnicides.
- Erotomanie.
- Persécutés persécuteurs.
- Persécuteurs familiaux.
- Délire d'interprétation.

PERVERSITÉ :
- Débilité morale.
- Folie morale.
- Imbécillité morale.

MYTHOMANIE :
- Simulation et sursimulation.
- Hystérie.
- Fausses accusations.
- Fabulations fantastiques.
- Délinquance et criminalité vaniteuse.
- (Erostratisme).

Syndromes par associations

Psychasthénie.
Schizophrénie du Pr Claude.
Hypochondrie.
Folie raisonnante.
Névrose d'angoisse.
Mythomanie perverse.
Mythomanie cupide.

Syndromes dérivés

Toxicomanies impulsives (par dépression hyperémotive).

Syndromes accessoires par simple coloration

Eléments constitutionnels d'excitation ou de dépression, d'anxiété, d'impulsivité, de revendication, d'exagération, etc. par association à toutes les psychopathies non constitutionnelles et à toutes les maladies en général.

Cette énumération, qui n'est peut-être pas complète, montre l'importance des constitutions dans la psychologie mentale. Cette importance est telle qu'elle résume à elle seule la moitié des cadres nosologiques de la psychiatrie et que si on voulait établir un pourcentage de cas constitutionnels — même sans tenir compte des colorations — par rapport au nombre des psychopathes, internés et non internés, on verrait qu'il dépasse sûrement le tiers et approche de la moitié.

A un autre point de vue, les constitutions intéressent toutes les sciences connexes à la psychiatrie : la psychologie normale, l'interpsychologie, la pédagogie, la criminalité, la médecine légale.

En psychiatrie infantile, trois grandes divisions s'imposent : la débilité à ses différents degrés, l'arriération intellectuelle, et les états de déséquilibre ou constitutions. Si les deux premières variétés, débilité et arriérations, sont nettement définies et reconnues par tous les auteurs, il n'en est pas de même pour la troisième. Il semble qu'on ait tendance à l'englober dans une terminologie tout à fait fâcheuse à notre avis : l'instabilité. On ne parle guère des déséquilibrés infantiles ou juvéniles, mais seulement des « instables ». L'instabilité a l'inconvénient que nous avons déjà signalé de ne viser qu'un mode de comportement, c'est-à-dire une résultante, pouvant relever de mécanismes très divers ; or, ceux-ci importent avant tout et permettent seuls une interprétation et une classification.

L'instabilité, simple conséquence d'états qu'il importe de reconnaître et classer peut être tantôt une instabilité motrice (excitation constitutionnelle, séquelles organiques d'encéphalite, etc.) ; tantôt une instabilité affective (défaut de goût par indifférence émotive ou perverse, par exemple); tantôt une instabilité intellectuelle (dispersion de l'attention de l'excitation constitutionnelle, par exemple). Du moment qu'on est obligé de faire de telles discriminations et de remonter aux états de déséquilibre constitutionnel qui y président, autant partir d'emblée de ces états constitutionnels eux-mêmes. Il nous paraît que la psychiatrie infantile aurait tout à gagner à adopter une telle méthode. Dans la pédagogie en général, dans la pédagogie des anormaux plus spécialement, une telle base nous paraît appelée à rendre les plus grands services. A l'heure actuelle, les programmes des écoles spéciales, l'effort tenté

par toutes les associations ou ligues pour enfants anormaux, paraissent entièrement négliger les classifications fondées sur les constitutions pathologiques, pourtant innées et précoces.

Dans la délinquance et la criminalité, aussi bien des enfants et des adolescents que des adultes, les constitutions sont souvent en cause : fugues, vols, grivèleries, escroqueries des hypomaniaques ; duperies, chantages, escroqueries, faux des déprimés toxicomanes ; suicide-homicide des mélancoliques ; scandales, violences, attentats, coups et blessures des hyperémotifs et des paranoïaques ; vols à l'esbrouffe, hétérodénonciations, lettres anonymes, romans judiciaires des mythomanes, sans parler des actes graves dus aux perversions émotives ou à la délinquance et criminalité crapuleuse des pervers.

Tout ceci nous amène à parler de la médecine légale et des expertises faites à propos des états constitutionnels. Les expertises médico-légales sont extrêmement simples quand il s'agit de psychoses avérées et franches : mélancolie, manie, délire d'interprétation, etc. Elles sont alors aussi simples que lorsqu'il s'agit des psychopathies non constitutionnelles. Mais la médecine légale difficile, compliquée et discutable, commence dès qu'il s'agit d'états constitutionnels non évolués vers une psychose nettement caractérisée. Ce sont des cas d'une fréquence extrême, mais difficiles à interpréter et fréquemment interprétés de façon contradictoire, suivant les divergences des tendances doctrinales. Certains experts, comme de simples magistrats, ne tiennent compte que de la lucidité du sujet et méconnaissent par conséquent toute l'importance de la pathologie affective-active dans le déterminisme des actes. Les mêmes ou d'autres estiment que les sujets lucides, non délirants, doivent être tenus pour responsables, cette solution garantissant mieux la société, ce qui est très contestable. En réalité, il ne peut s'agir ici que de cas d'espèces. Deux directives seulement nous paraissent intéressantes à préciser : d'une part, plus un acte relève de la perversité, plus il doit être considéré comme punissable, non pour des raisons morales ou métaphysiques, mais pour des nécessités purement sociales. D'autre part, l'existence d'un déséquilibre ayant agi directement sur la détermination de l'acte incriminé, peut ne pas suffire pour rendre irresponsable l'auteur de cet acte ; mais ce serait, à notre avis, une faute de la part de l'expert,

de ne pas signaler le rôle exact de ce déséquilibre dans le déterminisme de l'acte, avant de donner les raisons pour lesquelles, malgré ce déséquilibre, il estime devoir considérer le prévenu comme responsable.



Notre conclusion générale sera que l'existence, le rôle et l'importance des constitutions psychopathiques ne sauraient être ni constestés, ni discutés. Par contre, un très grand nombre de faits et d'éléments, touchant leur histoire, sont encore à préciser, à élucider, et même à découvrir, comme le prouvent d'une part les divergences doctrinales, d'autre part l'insuffisance actuelle des moyens de leur porter remède.

DISCUSSION DU RAPPORT DE PSYCHIATRIE

M. Henri Ey (de Paris). — Je me permets de féliciter M. Delmas, non seulement pour son intéressant rapport, mais surtout pour la vigueur avec laquelle, inlassablement, il soutient en toute occasion, une théorie de la personnalité humaine spécifiquement constitutionnaliste. Je l'en félicite sans partager en rien ses idées. A propos de son rapport, je ne ferai qu'une réserve : c'est qu'il est trop l'exposé d'une doctrine personnelle et pas assez ce que M. Delmas a appelé une « revue générale ». C'est là un inconvénient pour la discussion, car ce dont il s'agit est moins — tout au moins apparemment — la question des constitutions que la théorie de M. Delmas en cette matière. Il m'excusera donc si les critiques que je vais faire s'adressent spécialement à sa conception. J'essaierai d'ailleurs d'élargir le débat en montrant en particulier la solidarité indirecte mais réelle des idées de M. Delmas et de M. Minkowski.

Je m'excuse de me citer, mais je ne puis que regretter que mon travail sur la notion de la constitution (*Evolution psychiatrique*, n° 4, numéro consacré aux Constitutions) n'ait pas encore paru. Je ne puis songer à reprendre devant vous tout le détail de l'argumentation critique que j'y développe. Je veux simplement fixer ici une position particulière du débat. C'est le caractère *a priori* et « constructif » de la doctrine des constitutions.

La « doctrine » — et nous verrons que c'est bien d'une doctrine qu'il s'agit — des constitutions exerce une grande séduction sur les psychiatres, car elle se présente comme une entreprise clinique de classification des faits. « En clinique, dit-on, c'est commode et c'est vrai. » Je voudrais dénoncer comme fallacieux cet aspect des théories constitutionnalistes et montrer que lorsqu'elles ne se bornent pas à formuler un truisme (la vertu dormitive de l'opium), elles sont beaucoup plus qu'un groupement de faits, une hypothèse dont la valeur me paraît extrêmement faible au point de vue scientifique.

1° *La « Doctrine » des Constitutions n'est pas un simple « cadre clinique »*. — On oppose souvent la clinique à la théorie, comme si un fait pouvait se dégager entièrement de son

interprétation. Dans le cas particulier, la clinique est subordonnée de façon évidente à une hypothèse. Les faits sont constamment violentés par la doctrine. La définition de la constitution est basée sur les trois caractères suivants : l'innéité, la permanence, la genèse affectivo-active; c'est en conformité avec elle que les faits sont dits constitutionnels ou non. Des critères comme l'innéité qui n'est pas l'hérédité, la genèse affectivo-active *sont avant tout théoriques*. Ce n'est pas l'observation des faits qui est nécessaire pour leur classement, c'est une analyse purement abstraite. La « clinique » constitutionnaliste est à base d'analyse verbale plus que d'analyse de faits. Cette analyse aboutit même à des incohérences et à des artifices dont le rapport de M. Delmas n'est pas exempt, malgré sa pondération et peut-être même à cause de sa pondération.

Voyons quelques exemples. La cyclothymie est une constitution. La question de fait est de savoir si oui ou non il y a cyclothymie, si oui ou non on la trouve chez les maniaques dépressifs. Cette question d'ailleurs, pour des observateurs impartiaux, pourrait fort bien être résolue par la négative. Mais pour M. Delmas, c'est d'abord le caractère héréditaire — et non pas inné, contrairement à la définition même de la constitution — qui signe son caractère constitutionnel ; c'est ensuite et surtout l'analyse génétique qu'il en fait. Pour lui, *il ne peut pas y avoir* de cyclothymie acquise, car la cyclothymie étant héréditaire ne s'acquiert pas. Ceci, d'ailleurs, constitue une grave difficulté pour toutes les autres constitutions qui, elles, sont innées, c'est-à-dire acquises dans les premiers stades du développement. Car M. Delmas, et plus généralement les théories constitutionnalistes, *ne peuvent pas* admettre les « constitutions acquises ». Si bien qu'en présence *des faits*, des groupes de symptômes qui correspondent à ce qu'on appelle la mythomanie, la paranoïa, la perversité, ce qui lui importe pour fonder la constitution, ce n'est pas l'entité clinique seule effectivement donnée. C'est son opinion qu'il s'agit de quelque impulsion initiale, de quelque tendance primordiale. De telle sorte que lorsque manifestement des maladies, des accidents, des conditions sociales nouvelles, des événements, des « conversions » feront des pervers par exemple, on s'en tirera habilement en distinguant des pervers par perversité et des pervers par perversion (1).

(1) Bien plus même ce qu'il y a à la racine des pervers malins ce n'est même pas de la perversité, c'est de l'émotivité avec un peu de perversion.

Qui ne voit que dans cette « doctrine » qui se dit toute entière basée sur les faits, l'interprétation arbitraire s'introduit continuellement. Nous allons voir qu'il ne peut en être autrement, car l'essence d'une telle vue de choses est d'être doctrinale et *a priori*.

Le fait d'ailleurs, dit-on, est très complexe, la clinique nous offre une infinie variété de nuances, *les constitutions se trouvent le plus souvent associées*. Ainsi les constitutions peuvent se juxtaposer, se superposer, se substituer l'une à l'autre. Ces virtualités sont des *choses*. Mais si, d'une part les tendances, les dispositions, sont les mêmes pour tout le monde (et il faut bien qu'elles le soient par définition), d'où vient « l'hypertrophie », « l'atrophie ». N'est-ce pas escamoter le problème que de le résoudre par ces mots en apparence si bénins et si « médicaux ». Mais, dit-on, nous nous bornons à ne constater que des faits. Il y a, d'une part, chez le même individu, une, deux, trois des constitutions décrites. Il doit même y en avoir cinq, en creusant le fond des choses. Comme, d'autre part, les « Constitutions » ne sont elles-mêmes pas absolument pures [la paranoïa implique l'orgueil et en même temps l'hyperémotivité et la perversité (p. 67)], on conçoit que la question de savoir si l'état paranoïaque est un état constitutionnel ne puisse être, *quels que soient les faits*, que résolue par l'affirmative. Le miracle, dans ces conditions, c'est que le champ des constitutions ne soit pas plus vaste. Il y a des cyclothymes, des pervers, des hyperémotifs, des orgueilleux et des vaniteux. Hors de là, point de salut. Il y a pourtant 7 péchés capitaux ! Il y a les schizoïdes, les psychasthéniques, les idéalistes passionnés, revendiqués par bien des psychiatres. Tous ceux-là n'ont point de place dans le paradis des Constitutions. Pourquoi ? Mais parce qu'ils sont réductibles aux cinq dispositions fondamentales. M. Delmas les a fixées à cinq. Pourquoi ? Mais parce que ce n'est pas de la diversité des faits qu'il est parti, mais des propriétés biologiques primordiales (1), dont il *a déduit tout son système*.

Ce qu'il y a, en effet, d'essentiel dans la doctrine, c'est beaucoup moins des critères objectifs de classification des faits

---

(1) Il aurait peut-être pu ajouter la " rétractilité " du protoplasma qui aurait fait une excellente base pour la constitution schizoïde ! Hypothèse absurde ? Mais oui, comme celle qui fait dériver le jugement de l'irritabilité (p. 14).

qu'une certaine hypothèse génétique de la personnalité, qui peut se formuler comme le formule M. Delmas lui-même, en invoquant avec Monakow une *force propulsive initiale.*

Si en effet la doctrine des constitutions était purement clinique, elle se bornerait à décrire des faits en ne prenant que des critères et faits comme par exemple : ce qui est commun aux parents et aux enfants ; — ce qui persiste durant toute la vie (comme la débilité, l'épileptoïdie) ou ce qui présente une permanence relative ou manière d'être relativement fixe (anxieux, courageux, etc...). Mais on la voit indifférente aux faits (constitution acquise) chercher son critère le plus essentiel dans la notion de tendance primordiale. Or, par là, elle a bien la prétention d'être explicative contrairement aux déclarations des constitutionnalistes eux-mêmes qui pourtant usent de leur notion comme de *l'explication* la plus satisfaisante. Elle est même explicative deux fois : du caractère normal « qui représente l'hypertrophie d'une tendance », — du syndrome pathologique « qui représente l'hypertrophie d'une tendance anormale ». Le genre d'explication qu'elle implique est de l'ordre essentiellement tautologique. L'hyperémotif a de l'hyperémotivité, le pervers constitutionnel de la perversité, etc...

2° *La « Doctrine » des constitutions implique une explication par les propriétés essentielles.* — Si en effet elle ne consent pas à être purement tautologique, c'est-à-dire à ne proposer comme solution que les termes mêmes du problème, elle doit se poser résolument comme chez M. Minkowski, en explication de la personnalité par ses principes irréductibles à toute analyse, que ce soit l'hérédité considérée comme une force (1) ou une « propulsion initiale ». — Nous touchons là au fond même de ce qui est contenu dans une telle notion. Si elle veut rester conséquente avec elle-même (c'est-à-dire ne pas admettre comme nous le verrons tout à l'heure la constitution acquise), si elle ne veut pas prétendre seulement que les vaniteux ont de la vanité, elle est contrainte à voir dans la vanité un principe d'organisation de la personnalité. Et c'est quelque chose de ce genre qu'a tenté M. Delmas dans son rapport quand il a essayé — comme

(1) Nous n'insistons pas sur ce point longuement analysé dans notre travail critique sur la notion de constitution (*Evolution psychiatrique* 1932, n° 4).

déjà antérieurement avec Boll — de fonder les constitutions sur des dispositions, et ces dispositions sur des *propriétés* de la matière vivante. A vrai dire, la méthode employée consiste à opérer par abstraction, à isoler de la masse des faits concrets des qualités, des vertus que l'on fait coïncider — comme on le peut — avec les propriétés du protoplasma. La conséquence d'une telle opération est d'amputer les faits de toute leur complexité, de les vider littéralement de toute leur substance et de les soustraire à toutes les conditions actuelles pour ne les rattacher qu'à quelque principe lointain et « primordial ». Ce qui est bien paradoxal pour des phénomènes psychologiques, c'est-à-dire essentiellement *de la vie de relation.* C'est le type de l'explication « scholastique » qui substitue des mots à l'analyse des conditions des faits à leur intégration dans un déterminisme qui est l'objet même de la science. Sans doute, l'opium renferme une vertu dormitive, mais la science de l'opium n'a commencé que le jour où on a substitué à ce mot « vertu dormitive » une analyse chimique et pharmacodynamique. De même les paranoïaques sont des orgueilleux, des méfiants, des paranoïaques en un mot, mais nous ne saurons quelque chose d'eux que lorsque nous saurons pourquoi ces « émotifs » (pour accepter l'idée de M. Delmas) sont des paranoïaques, que nous connaîtrons la série des causes actuelles biologiques, sociales, psychologiques de leur mentalité. — *A vouloir tout mettre dans l'œuf, on n'y met que des abstractions.*

3° *La « Doctrine » des constitutions postule la fatalité et s'interdit toute théorie biologique de la personnalité.* — Si donc elle n'est pas purement verbale et truistique, une telle doctrine ne peut faire appel qu'aux propriétés essentielles et à des forces mystérieuses, car toute concession à une théorie biologique menace de la ruiner entièrement. De deux choses l'une, en effet, ou bien les principes dégagés comme étant à la racine de ces constitutions : l'avidité, la sociabilité, etc., sont transcendants à la substance même de l'organisme et par là même ils sont vraiment créateurs, primordiaux, axiaux, et échappent à toute action de milieu ; — ou bien, ils sont solidaires des variations biologiques et dès lors on ne voit pas pourquoi — seuls de tous les phénomènes dont la science s'occupe — ils ne varieraient pas avec les facteurs dont ils dépendent et pourquoi il n'y aurait pas de constitutions acquises.

Si donc les constitutionnalistes sont si rebelles à cette idée de constitution acquise, c'est bien qu'ils voient plus ou moins confusément qu'elle est contradictoire avec leur propre doctrine dans l'exacte mesure même où cette doctrine n'est pas « clinique », mais métaphysique.

Comme M. Delmas ne peut pas — sans chanter la palinodie — se réjouir des progrès que l'étude de la pathologie humorale et nerveuse peut réaliser en matière de psychoses constitutionnelles, comme, avec nous tous, il ne peut que désirer avoir une action sur les choses, je n'ai pas été très étonné de voir que son rapport rejetait l'idée pourtant immanente à toute théorie constitutionnaliste, de la fatalité des consitutions dans l'exacte mesure où il croit (p. 50) « que les constitutions de la vie active ont une base physiologique où interviennent sûrement la tonicité du sympathique et l'équilibre des hormones ».

A ce point de vue, j'approuve entièrement M. Delmas d'avoir trahi lui-même sa propre doctrine.

La doctrine des constitutions est une *doctrine* et non point une classification clinique. Elle est une doctrine qui est irréfutable dans la mesure où elle se borne à n'exprimer que les données de fait : il y a des paranoïaques, il y a des mythomanes, il y a des hyperémotifs. Elle est irréfutable encore lorsqu'elle nous dit que les hyperémotifs ont de l'hyperémotivité et les paranoïaques de l'orgueil. Mais en tant que doctrine et qu'elle prétend nous expliquer l'orgueil, la perversité, etc., par des pulsions initiales, elle fait appel au type d'explication le plus verbal que l'on puisse rencontrer. En tant que doctrine basée sur le postulat essentiel de cette pulsion initiale créatrice, elle postule la fatalité et si elle prétend s'appuyer sur les données de la physiologie, de la neurologie, en solidarisant les tendances affectivo-actives avec l'état du corps, elle doit renoncer à son corollaire nécessaire, la négation des constitutions acquises. Il faut pour penser comme M. Delmas admettre avec M. Minkowski que notre personnalité est préformée dans l'héritage et organisée par une force irréductible à l'analyse scientifique (1). Il faut nier la trans-

(1) Ceci peut être parfaitement vrai mais en tant que faisant la science que nous avons la prétention de faire, nous devons nous interdire de faire appel à ces « irrationnels ».

mission des caractères acquis et l'existence des constitutions acquises. — Si, au contraire, on n'accepte pas les idées de M. Delmas, on doit s'interdire de concevoir la constitution comme autre chose qu'une manière d'être relativement permanente ou héréditaire, ou innée, ou acquise qui, solidaire de l'équilibre organique, peut varier avec lui et qui en tout état de cause ne saurait être arbitrairement proposé étant par exemple la forme légère d'une maladie, comme l'explication de cette maladie.

Je m'excuse, Messieurs, d'avoir eu l'audace de faire entendres à des psychiatres et neurologistes aussi éminents, une voix si peu autorisée. Mais cette voix, je n'ai pu la contenir, car elle était inspirée par la conviction totale que la *doctrine* des constitutions, hypothèse gratuite, invérifiable et inutile, est — à moins d'en abandonner l'essentiel — une doctrine stérilisante.

M. W. Boven (de Lausanne). — La doctrine des constitutions est vieille comme le monde. Elle a été baptisée de noms divers. Les tempéraments hippocratiques ne sont autres que des constitutions somato-psychiques, relativement bien déterminées. René Charpentier vient d'ailleurs d'en retracer l'histoire succincte dans son article au *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie* (mars 1932).

Cette doctrine ne répond pas seulement à nos besoins, elle répond à des faits. C'est la doctrine des diathèses, en pathologie interne. L'aliéniste pousse ses investigations dans la préhistoire des psychoses, rattache le paroxysme aux causes lointaines, rejoint le faîte à la base. Il n'y a donc pas lieu de défendre le principe de cette doctrine, puisqu'il n'y a pas lieu de l'attaquer.

En revanche, quand M. Achille Delmas enferme en un système clos et rigide tout le domaine des constitutions psychopathiques, je me récrie. Les cinq constitutions élues par notre ingénieux confrère semblent lui donner toute satisfaction : « en dehors d'elles, il n'existe pas d'autre déséquilibre de la vie affective-active », écrit-il, page 24 de son rapport, et plus loin, seule la constitution schizoïde du Professeur Claude trouvera, sinon grâce à ses yeux, du moins quelque intérêt, justifiant la discussion.

Or, un exclusivisme si doctrinaire ne se justifierait que par

la rigueur des conceptions, par l'exacte correspondance des faits à la théorie. Je ne trouve ici ni conceptions rigoureuses, ni parfaite concordance des idées et des faits : la sélection qui réduit à cinq le nombre des constitutions psychopathiques ne me paraît par conséquent pas justifiée.

La définition de la constitution psychopathologique, telle qu'on la lit page 4, autorise la reconnaissance d'un grand nombre de constitutions auxquelles le rapporteur n'accorde pas d'existence propre. René Charpentier a raison de souligner le fait que Dupré, père de la constitution émotive, a décrit des déséquilibres constitutionnels, soit de la sensibilité physique, soit de la motilité, des appétits, des instincts, de l'humeur, etc., dont A. Delmas ne veut maintenant plus rien entendre, et pourtant une constitution débile se justifie. S'il est vrai que la constitution cyclothymique consacre une perturbation de l'activité, oscillant entre le ralentissement et l'accélération générales, force est d'admettre pour le moins la réalité, d'ailleurs démontrable, des constitutions atoniques et hypertoniques, par exemple, caractérisant des individus précocement, continûment et incorrigiblement mous, flasques, inertes, ou suractifs, précipités, bourdonnants, durant toute la vie.

A la constitution émotive s'opposerait naturellement une constitution apathique, de quelque nom qu'on la nomme.

Mais en dehors même de ces constitutions contrastées, il en existe nombre d'autres dont je ne vois aucune raison de nous défaire.

A mon avis, par exemple, on est autorisé à parler non seulement de constitution schizoïde, syntone, etc., mais de constitutions anxieuse, instable, impulsive, viriloïde, féminoïde, etc., etc. Pourquoi ? parce que ces *terrains*-là s'offrent à l'examen tous les jours, alimentent des troubles psychopathiques bien corrélatifs à leur substratum et confèrent ainsi le caractère spécifique aux malaises qui se nourrissent d'eux.

Ne dites pas, en m'arrêtant au nom de la définition (page 4), que seuls peuvent être nommés troubles constitutionnels ceux qui se manifestent « dès les premiers linéaments de la vie », qui durent indéfiniment, etc... car je vous demanderai si la mythomanie se révèle au premier jour, si elle dure vraiment toute la vie... Non, ni la mythomanie, ni la cyclothymie, ni même la perversité n'ont cette précocité requise ; elles n'en ont pas non plus cette continuité fatale. La mythomanie se corrige ; le mythomane guérit parfois.

Cette rigidité dans l'exclusive, cette sévérité dans la définition n'aboutissent pas à l'établissement de syndromes mentaux, vraiment mieux définis, mieux observés que les syndromes jugés inadmissibles. D'abord, que signifie le terme de constitution ? de constitution mentale ? On parle bien d'« un groupe défini de tendances psychiques faisant partie de la personnalité innée du sujet ». Mais, de quel groupe s'agit-il ? Ici, dans la cyclothymie et l'émotivité, ce sont des processus mystérieux, dans le tréfonds organique, au-dessous du plan psychologique ; là, dans la paranoïa, la mythomanie, la perversité, ce sont des traits de caractères ou un trait tout court. On appelle gravement constitution, un aspect, une apparence, un trait ou un magma de phénomènes indéterminés. Pourquoi pas « terrain » tout court ?

La rigidité du système apparaît encore dans sa répudiation des accointances ou corrélations morphopsychologiques. Il paraît que l'opinion de Buffon et de Cuvier fait loi en ces matières. « Ils ont, depuis longtemps, proclamé l'indépendance de la fonction et de la structure morphologique » (p. 40). Mais nous sommes précisément un gros lot, à l'étranger et en France, à penser exactement le contraire. On ne peut pas biffer d'un trait de plume les acquisitions dues à Sigaud, Thooris, Viola, Mac-Auliffe, etc...

A mon grand regret, je reviens encore au même reproche : les conceptions du rapporteur, en matière d'hérédité et d'innéité, me paraissent surprenantes en leur rigidité tranchante et simpliste. La cyclothymie s'hérite ; les autres constitutions sont innées. La première est l'exacte reproduction — réserve faite du degré et du rythme — du générateur dans le rejeton, les autres ne sont que des approximatives ou des reproductions similaires. Qui a vu cela ? Oui, il y a des faits en faveur de cette thèse, mais il y a beaucoup de faits aussi en faveur de la thèse inverse. Sans doute il est plus rare de voir un mythomane engendrer un mythomane, qu'un mélancolique un déprimé. Cela s'explique par la complexité du trait « fabulant » par opposition au processus cyclothymique. Mais je connais nombre de constitutions paranoïaques bel et bien reproduites à travers deux ou trois générations consécutives. Le rapporteur exclut donc l'hérédité polymorphe et le mode mendélien intermédiaire. Le rose ne saurait naître du rouge + blanc puisqu'il ne reproduit ni l'un ni l'autre.

Fondées sur une conception pareille, certaines thèses du

rapporteur ne surprennent plus guère. Les excès et les déficits, les atrophies et hypertrophies fonctionnelles, seraient « des conséquences plus ou moins fréquentes et régulières ». L'origine des constitutions psychopathologiques « serait un *simple phénomène génétique* »... (p. 34). En revanche, foin des infections, tuberculose, syphilis, alcool ! Il n'est pas nécessaire de les faire intervenir dans cette doctrine. Je me sens abasourdi ! Et maintenant que nous connaissons l'origine naturelle des constitutions psychopathiques, et que nous sommes instruits du caractère fonctionnel, non lésionnel, de la cyclothymie, etc..., ce n'est pas pour nous une mince surprise de voir notre farouche rapporteur s'armer de ciseaux pour la stérilisation des cyclothymes auxquels il réserve toutes ses défaveurs. Des pervers, nulle question... malheur aux vaincus. Voilà où conduit l'esprit de système.

Je voudrais encore exprimer l'avis suivant : notre confrère semble tenir pour précisée, p. 30, « la base et par suite la détermination physiologique » des deux constitutions qu'il nomme actives. Il me semble que la précision fait défaut, au contraire. Invoquer l'instabilité vago-sympathique et l'offrir comme « base », c'est retirer la chaise où l'on invite à s'asseoir. Nous n'entendons rien à ces éclaircissements. Et puis, est-ce que le paranoïaque ne se sert pas de ses nerfs, dans l'émotion d'orgueil, de haine ou de triomphe ? En vérité, qu'est-ce, dans la vie de l'âme, qu'un processus sans substratum !

Il m'est impossible de restreindre les troubles psychopathique constitutionnels à l'étroit domaine où M. A. Delmas les enferme. Même en admettant toutes les associations imaginables, la raison n'est pas satisfaite, le bon sens, le sens des réalités non plus. Le rapporteur admet que nulle psychose n'aboutit au paroxysme en l'absence de constitutions actives. L'affirmation me paraît erronée. En résumé, j'estime que nous ne pouvons employer et admettre le terme de constitution qu'en restreignant l'acception de ce terme à la synonymie du mot « terrain ». Dès lors, on est en droit d'admettre l'existence de terrains nombreux et divers. Mais si l'on s'en tient à l'acception rigoureuse du mot « constitution », force est d'avouer que les constitutions du rapporteur ne portent pas légitimement ce nom qui implique discrimination des éléments au sein d'un tout et restitution du tout en ses parties (en chimie par ex.). L'analyse qui nous est faite ici nous offre les dépôts, les précipités, les déchets d'une opération

chimique dont les produits provisoires demeurent encore mal déterminés, mal dissociés et par conséquent encore analysables.

M. Aug. Ley (de Bruxelles). — Je suis heureux de pouvoir adresser mes félicitations à l'auteur du rapport, dont nous connaisons le beau travail, publié avec M. Boll, qu'on peut considérer comme une des contributions les plus importantes de ces dernières années à la psychopathologie. Les idées personnelles que le rapporteur développe permettent évidemment mieux la discussion qu'un exposé d'ensemble et nous constatons qu'elles rendent la critique plus vivante. Parmi les nombreuses questions que soulève le rapport, je prendrai d'abord la différence entre le *normal* et le *pathologique*. Je ne suis pas convaincu que les constitutions morbides soient simplement des variations en plus ou en moins de dispositions normales et que nous soyons tous des paranoïaques, des cyclothymiques ou des mythomanes plus ou moins atténués. J'ai eu l'occasion de critiquer ailleurs une opinion analogue présentée par ceux qui ont interprété de façon trop simpliste les résultats des tests mentaux d'intelligence et se représentent les normaux comme des idiots, des imbéciles ou des débiles plus ou moins évolués. Disons ici en passant qu'il existe très probablement une constitution *oligophrénique*, certainement héréditaire. — Si nous avons trop tendance à partir ainsi du pathologique pour arriver au normal, ne peut-on y voir une certaine déformation professionnelle ?

La constitution morbide dégénérative, nettement génératrice de maladie mentale, est *qualitativement* différente de la constitution normale, ce n'est pas une simple question de plus ou de moins. On ressent devant le malade mental l'impression, si bien traduite par l'étymologie, qui nous le montre comme un individu d'une autre espèce mentale : « *alienus* ». Nous sommes à des plans différents de la pensée, ce qui est dû évidemment à l'altération chez lui des processus synthétiques supérieurs, tels qu'ils ont été décrits par Pierre Janet, Charles Blondel et M. de Clérambault. Il m'est personnellement difficile de souscrire à cette conclusion de l'auteur : « les constitutions ne sont que des variations par excès ou défaut des dispositions normales ».

Deux mots concernant l'*hérédité* des constitutions. La cyclo-

thymie en constitue le type. D'après les travaux de Rüdin (Munich), 30 à 33 % d'hérédité directe, plus le même nombre de cas de psychopathies caractérisées, se rencontre dans la descendance des cyclothymiques. Ceux-ci n'auraient donc qu'une chance sur trois d'avoir un produit normal. Les seuls moyens, d'après Rüdin, d'éviter la transmission héréditaire sont : l'abstention sexuelle (Malthus), les procédés anticonceptionnels, la stérilisation. — Personnellement, j'ai pris comme règle, basée sur l'expérience, de déconseiller la procréation aux cyclothymiques. Le rapporteur soulève sans la résoudre la question du « génie » qu'on empêcherait ainsi de naître. Connaissons-nous beaucoup de génies parmi nos descendants de cyclothymiques avérés ? Nous ne le croyons pas. — Si demain on décrouvrait le substratum séro-biologique des états maniaco-dépressifs, personne de nous n'hésiterait à employer les moyens thérapeutiques qui en découleraient éventuellement et nul ne songerait qu'en guérissant des maniaques ils tariraient les sources du génie humain. Si le contraire était vrai, ne devrions-nous pas, dans notre désir de doter l'humanité des génies dont elle a tant besoin, favoriser la procréation des cyclothymiques ?

Ceux qui veulent préparer la prophylaxie et organiser la politique eugénique de l'avenir ont tendance, bien que l'hérédité des constitutions morbides ne soit pas toujours fatale, à se guider sur le chiffre élevé des probabilités, tant de la reproduction des constitutions elles-mêmes que de la reproduction de psychopathies polymorphes dégénératives, signalées depuis longtemps par Morel, Féré, Magnan. Peut-être existe-t-il encore des pays assez riches pour se dépenser à entretenir et à subir des dégénérés dangereux et nuisibles, mais si nous voulons réellement contribuer à l'allègement de ces charges sociales énormes, à la diminution du nombre des aliénés et des criminels et à l'amélioration de la race, nous avons intérêt à empêcher, en examinant d'ailleurs avec soin chaque cas individuel et sans vouloir faire de la restriction systématique, la perpétuation des constitutions morbides.

M. Hesnard (de Toulon). — M. Delmas, dans ce lumineux rapport, rend un signalé service aux cliniciens français, noyés dans un fatras terminologique progressif, dont nous avons tous assez !

Je lui ferai néanmoins deux critiques, l'une *de principe*, l'autre *de fait*.

I. — *En premier lieu*, il est regrettable de le voir user aussi libéralement — quoi qu'il en dise — du langage psychologique, c'est-à-dire d'un langage déformé par des générations d'universitaires, philosophes ou physiciens plutôt que cliniciens.

Il définit la constitution par les tendances. — Mais qu'est-ce qu'une tendance ? Qu'est-ce surtout qu'une « *tendance susceptible d'aboutir à l'éclosion d'une psychose* » ? Avidité, bonté, sociabilité, activité, émotivité seraient des « dispositions ». Mais je connais des aliénés et des névropathes formidablement vides qui ne seront jamais paranoïaques, des méchants qui n'ont rien de pervers, des insociables qui n'ont jamais menti pour se rendre intéressants, des anxieux dont l'émotivité ne dépasse la normale que pour des mobiles purement endogènes et spécialisés... Dire que la phobie est un « besoin exagéré de certitude », que l'impulsion est une « explosion motrice », tout cela rappelle un peu (qu'il me permette de le lui dire amicalement) la « vertu dormitive » de l'opium.

Je ne veux pas discuter l'insuffisance de cette conception classique, que j'ai dénommée le « fonctionnisme » ou le « fonctionnalisme », en vertu de laquelle les psychologues ont cherché vainement la « fonction psychique » ou la faculté de l'âme dont le trouble supposé expliquerait tel symptôme ou telle maladie mentale... Je suis de ceux qui pensent qu'on ne peut jeter de pont sur l'abîme qui sépare la mentalité normale de la mentalité morbide. Les psychoses sont, pour moi, des néo-productivités concrètes (et à décrire concrètement), dont le déroulement déborde impétueusement les bornages conventionnels de la psychologie normale.

II. — J'en arrive à la *deuxième critique*, plus grave, parce que d'ordre clinique : Je commence par reconnaître hautement que le commode schéma de M. Achille-Delmas rend de grands services dans la pratique, que sa conception clinique jette une vive lumière sur l'importance des associations de constitutions. Grâce à lui, j'ai vu souvent plus clair dans les complexités de la clinique courante ; j'ai compris mieux la parenté profonde de certains états comme la paranoïa et l'hypochondrie.

Je lui ferais bien quelques reproches de détail : par exemple, de ne pas serrer d'assez près le problème de l'*hyperémotivité* — de ne pas distinguer les hyperémotifs qui font des accidents psychopathiques (lesquels sont d'ailleurs tout autre chose, le plus souvent, que la prétendue « psychose émotive »), des hyperémotifs aux réactions transitoires et sans gravité ; les premiers étant surtout ceux qui « rentrent » leurs émotions, alors que les seconds sont ceux qui peuvent les extérioriser. — Egalement de confondre les *pervers sexuels* avec les obsédés ou les impulsifs de la sexualité — de sens normal ou morbide. — (La sexualité, ceci soit dit entre parenthèses, semble être pour M. Delmas un domaine tabou; et son explication quelque peu démodée par les réflexes conditionnels, paraîtra aux sexologues actuels assez simpliste). — Egalement de confondre systématiquement les *cyclothymiques,* individus instables dans leur humeur, avec les *mélancoliques,* affligés d'un sentiment constitutionnel et permanent d'infériorité, — les mélancoliques que j'ai vus étant, parfois, par exemple, d'anciens psychasthéniques, tombant malades surtout du fait du choc de certaines circonstances en rapport spécifique avec la spécialisation de leur angoisse. — Egalement de confondre l'*hystérie-pithiatisme* à formule psychiatrique avec l'état mental, très différent, des mythomanes avec malignité, qu'on croyait, bien à tort, au temps de la Salpêtrière, prédisposés aux accidents de plasticité corporelle spéciale, etc... Mais je laisse ces détails pour l'objection fondamentale, celle qui résume toutes les autres :

III. — M. Achille-Delmas nous expose magistralement les caractères respectifs des diverses constitutions. Toutefois, il glisse fort prudemment sur un point que je considère comme essentiel, comme le nœud de la question.

C'est celui qu'il traite en quelques lignes sous le titre bien modeste de l' « Efflorescence des Psychoses ».

Pourquoi ce cyclothymique de toujours fait-il, à 28 ans, un grand accès maniaque, très prolongé et qui paraît lui laisser quelques traces définitives dans le caractère ? Pourquoi ce « paranoïaque de caractère » entre-t-il, à 37 ans, dans une paranoïa manifestement évolutive qui fera bientôt de lui un chronique d'asile ? — Pour le premier, répond M. Delmas, c'est une question de « Tonus sympathique »... Mais qu'est-ce que ce tonus sympathique psychiatrique ? Et qui nous dit que ce

test du trouble sympathique, et celui du trouble endocrinien (sur lequel il aurait pu encore davantage insister) est bien une base ou une cause et non un concomitant d'un trouble qui nous échappe complètement dans son origine ? — Pour le second, ajoute-t-il (après 20 ans de réflexion), il y a tout simplement intervention d'un « ébranlement affectif ». D'où l'équation : *Constitution paranoïaque* + *réaction émotive* = *Paranoïa.* Eh bien, je crois qu'en pareil cas, la paranoïa est surtout la conséquence de cet « ébranlement émotif » particulier, spécifique et spécifiquement évolutif.

A force de tout simplifier, de tout schématiser, on n'explique plus rien. Pour ma part, je ne puis absolument pas admettre que cette effroyable productivité qui fait le Délire chronique, qui bouleverse les assises du psychisme et qui forge un monde irréel (même si le contact ou la réalité tient encore au fil de l'Interprétation morbide), soit le simple résultat d'un « ébranlement émotif chez un constitutionnel ». La Constitution n'est ici que le terrain invariable, le prodrome d'un processus morbide fondamental que M. Delmas méconnaît, d'un processus affectif *évolutif...* Nous ne nous réconcilierons, sur ce point, tous deux, que lorsqu'il aura consenti à étudier les lois de cette affectivité morbide évolutive, du « contenu de la psychose » (et de ses autres éléments), ses bases ou conditions biologiques, ses formules psychiques, etc. Je lui dirais bien que les psychanalystes ont déjà commencé (avec quelque maladresse d'ailleurs) ; mais je sais que *Delmas* voudra toujours ignorer ces poètes obscènes de la névrose, qu'il a rangés, avec une ironie très pardonnable, si j'ai bonne mémoire, avec leur Maître *Freud,* dans le tiroir de la Constitution paranoïaque ?

Quoi qu'il en soit, je soumets à M. Delmas les constatations suivantes :

IV. — D'un autre côté, c'est cette lacune de l'œuvre de M. Delmas qui explique son attitude dans la longue discussion sur la fameuse « *Schizoïdie* », Passe encore pour la schizoïdie elle-même. Mais quand il y a *aggravation,* c'est-à-dire poussée évolutive (que celle-ci aboutisse ou non à la Schizophrénie), en quoi les constitutions expliquent-elles cette *évolution ?*

Dans le cas, par exemple, si vivant, de *MM. Claude, Robin et Roubinovitch,* il trouve : 1° de la cyclothymie ; 2° de l'hyperémotivité — comme dans presque tous les syndromes psychia-

triques d'ailleurs. — Mais il oublie l'essentiel : Il ne nous dit pas pourquoi cette combinaison statique aboutit à un état dynamique, à une « aggravation progressive de la peur de la vie normale ». Or, c'est précisément cette aggravation, cette progressivité qui importe. Et c'est tout ce qui n'est pas la constitution composite, tout ce qui lui est surajouté, tout ce qui est d'une autre nature, c'est-à-dire une *Psychose*.

***

En conclusion, la Constitution explique, dans certains cas, la *forme* de la psychose, ou plutôt les *réactions* du malade à sa psychose. Mais elle n'explique rien, absolument rien, de la psychose elle-même.

Vouloir expliquer la psychose par la constitution sous-jacente, c'est vouloir expliquer une maladie — de la plus grave à la plus atténuée — par le terrain. Sans compter que les maladies constitutionnelles les plus graves sont peut-être celles qui procèdent *des constitutions qui ne se voient pas ;* c'est-à-dire de celles que ne révèlent ni l'interrogatoire séméiologique à la manière des concours d'adjuvat, ni même l'enquête la plus consciencieuse auprès de l'entourage, et que seule décèle une exploration analytique minutieuse après de longs mois.

En renouvelant à M. Achille-Delmas mes très cordiales et sympathiques félicitations pour son œuvre — qui est de celles qui marquent — je fais le vœu qu'il consacre désormais sa féconde activité, non pas seulement à classer en botaniste ou à se faire l'architecte des nuées psychologiques, mais à nous laisser une description clinique concrète et définitive des diverses Constitutions, utiles à connaître : Nul n'est mieux indiqué que lui pour mener à bien cette tâche positive et indispensable.

M. Courbon (de Paris). — 1° Le prisme du rapporteur qui donne des constitutions une gamme quinquepartite est très bien ; mais il n'est pas parfait. Il est des régions infrarouge ou ultraviolette du psychisme qui échappent à son analyse, car il arrive qu'on ne puisse identifier aucune des cinq tendances primordiales sur le présent ou le passé d'individus atteints de psychoses à caractères constitutionnels. Prétendre

fixer d'une façon absolue le nombre des tendances primordiales de l'être humain, c'est agir aussi arbitrairement que les philosophes qui fixent le nombre des facultés de l'âme, philosophes contre lesquels Jules Vallès, dont on célèbre actuellement le centenaire, et que l'un d'eux avait collé au baccalauréat sur cette question, a exercé sa verve magnifique.

2° Une constitution psychopathique peut-elle s'épanouir spontanément en psychose constitutionnelle, ou bien est-il toujours nécessaire qu'une cause occasionnelle extérieure à l'organisme intervienne ?

Oui, cet épanouissement peut être purement spontané par simple épuisement physiologique d'un organisme originellement défectueux, car on ne saurait expliquer autrement les cas où la psychose s'installe insidieusement sans accroc physique ou moral.

Tout état mental ayant sa condition dans un état biologique qui lui est spécial, l'état biologique de la psychose constitutionnelle doit être forcément différent de celui de la constitution psychopathique. Entre le moment où le sujet était simplement anormal et celui où il devient aliéné, quelque chose de nouveau est forcément apparu dans son organisme. Mais cette transformation de l'état biologique, cette apparition de quelque chose de nouveau dans l'organisme, n'est-ce pas simplement l'aboutissement évolutif de la mauvaise qualité blastodermique des organes ? N'est-ce pas simplement leur usure physiologiquement prématurée ?

Que l'heure de cette usure puisse être avancée par toutes les causes morbides exogènes, c'est incontestable. Mais n'est-il pas aussi incontestable que l'absence totale de ces causes est impuissante à empêcher la venue de cette usure prématurée, comme rien ne peut empêcher la venue prématurée de la presbytie dans certaines familles ? La prophylaxie peut beaucoup en empêchant cet avancement par la lutte contre les causes extérieures, mais elle ne peut davantage.

La transformation de la constitution psychopathique en psychose constitutionnelle est donc essentiellement un phénomène fatal au bout d'un nombre plus ou moins considérable d'années, suivant la gravité de l'atteinte blastodermique. Elle est prédéterminée par les potentialités incluses dans l'organisme. Le rôle des causes occasionnelles n'est que contingent, elles ne peuvent que précipiter cette inéluctable évolution ; elles ne peuvent pas la créer.

Une pareille pathogénie cicatricielle est admise en neurologie pour les maladies nerveuses familiales, en psychiatrie pour la démence précoce abiotrophique. Il est vrai qu'il s'agit de lésions et que les psychoses constitutionnelles n'ont pas de lésion visible au microscope.

Mais, d'une part, qui nous dit que le microscope soit arrivé à la limite de sa puissance ? Il y a quelques années à peine, avant la découverte d'Ortega, il n'était pas parvenu à montrer la microglie. Peut-être arrivera-t-il un jour à montrer les modifications histo-chimiques des psychoses constitutionnelles si elles existent.

D'autre part, si l'état biologique des psychoses constitutionnelles n'est vraiment pas lésionnel, pourquoi ne pas admettre qu'un processus analogue à celui de la cicatrisation puisse déterminer cet état biologique pathologique non lésionnel ?

3° Une constitution psychopathique est-elle toujours innée, ou peut-elle s'acquérir ? L'atteinte de l'organe peut-elle produire le même syndrome que l'atteinte du germe ?

Les réponses de la clinique ne peuvent pas être catégoriques, car nous ne connaissons le passé de nos malades que par l'entourage qui ment ou ne sait pas observer. Je n'ai pas d'exemple qu'on devienne paranoïaque, ni mythomane. L'explication de M. Delmas sur la différence de la perversité constitutionnelle et la perversité postencéphalitique acquise me satisfait. Dans plusieurs publications, dont la dernière avec mon interne Tusques (*Société médico-psychologique* du 14 janvier 1932), je me suis efforcé de montrer la différence de la cyclothymie constitutionnelle dynamique et de la cyclothymie affective acquise. Mais je crois que n'importe qui peut devenir émotif après des commotions, comme l'a montré la guerre, après des maladies répétées, et même par l'épuisement qui résulte de la cohabitation conjugale avec un déséquilibré, comme dans le cas que j'ai rapporté récemment avec Mme Francès (*Société médico-psychologique* du 19 mai 1932).

En faveur de l'innéité des constitutions qui n'apparaissent extrêmement tard, que dans la vieillesse, on pourrait invoquer un phénomène banal que l'observation courante nous montre chaque jour et auquel on pourrait donner le nom d'*hérédité retardée.* Il n'est pas rare de voir des individus qui après n'avoir présenté aucune ressemblance physique ou morale avec leur père ou leur mère, se mettent à leur ressembler

d'une façon évidente. La confrontation des photographies du père et du fils lorsqu'ils étaient enfants, puis adultes, ne montrent aucun trait commun. Mais les photographies de l'un et de l'autre lorsqu'ils avaient 50 ans sont tellement identiques l'une à l'autre qu'on les confond. La ressemblance morale évolue parfois de même : l'enfant se met à penser et à se comporter comme le père dont il fut jusque-là l'opposé.

Cela prouve que l'hérédité normale peut tarder extrêmement longtemps à se manifester. Pourquoi n'en serait-il pas de même de l'hérédité anormale ? On confond souvent comme je l'ai fait moi-même, *nouveau* et *acquis*. Il est des nouveautés qui ne sont que des transformations et non des additions. Chacun peut devenir fou, personne ne peut choisir sa forme de folie, mais tout le monde peut devenir hyperémotif.

M. Vermeylen (de Bruxelles). — Le très copieux rapport de M. Delmas soulève pas mal d'objection de principes, et un nombre considérable de points de détails nous semblent contestables. C'est dire l'intérêt considérable qu'il présente et combien nous devons savoir gré à son auteur d'avoir abordé franchement le problème sous l'angle qui lui est propre.

Sous peine de m'égarer et de n'en pas finir, je m'en tiendrai, à peu de choses près, aux questions de principe :

1° Une de ces questions fondamentales pour l'auteur, et qui constitue pour lui la base même de tout son système, c'est l'idée que toute psychose n'est que l'intensification du caractère normal. L'individu passe progressivement du caractère à la constitution (psychopathologique sans doute, l'auteur ne le dit pas), et de la constitution à la psychose. Cela est peut-être vrai pour les psychoses appelées justement constitutionnelles, et encore conviendrait-il d'y regarder de bien près avant de l'affirmer. Cela n'est plus vrai dans les psychoses réactionnelles ou psychogènes, dans les psychoses symptomatiques, et enfin dans les psychoses des débiles et des déséquilibrés. Dans les deux premières, la psychose est un véritable accident qui peut modifier complètement l'allure caractériologique du sujet et lui donner véritablement une constitution nouvelle. On peut s'en tirer en affirmant une constitution latente qui se révèle à un moment donné, mais ce n'est là qu'un expédient. Quant aux psychoses des débiles et des déséquilibrés, elles dépendent moins d'un caractère initial bien affirmé que d'une

fragilité psychique générale et d'une aptitude psychopathique globale. Ces sujets peuvent réaliser dans une même période psychosique, ou dans des périodes successives, des états psychopathiques très différents, déroulant ainsi sous nos yeux un véritable panorama psychiatrique. Même dans les psychoses constitutionnelles, du reste, on peut voir des syndromes abérents s'ajouter à la psychose fondamentale et constituer ainsi des syndromes-symptômes qui peuvent un instant égarer le diagnostic. Il en est notamment ainsi très fréquemment au début de la démence précoce.

2° Un autre point important est le rapport entre les constitutions psychopathiques et le caractère normal. Ayant décrété cinq constitutions psychopathiques, l'auteur découvre cinq dispositions affectives actives, qui doivent bien représenter l'élément fondamental du caractère de l'individu qui en est pourvu.

Il y a tout d'abord un danger réel à passer trop délibérément du pathologique au normal. Le pathologique est un grossissement qui fait saillir les points principaux, mais c'est aussi un appauvrissement, et comme tel, il risque, si on se soumet aveuglément à lui, de tronquer le normal. Il y a peut-être une erreur de technique à inférer du pathologique au normal et de prendre ensuite ce normal, ainsi établi, comme contenant en puissance tout le pathologique.

D'autre part, je ne puis assez m'élever contre la propension à réduire le caractère à des traits, à des qualités ou défauts. L'avidité, la bonté, ne constituent pas des caractères et ne peuvent même pas en expliquer l'orientation. La sociabilité, l'activité et l'émotivité, d'autre part, sont des propriétés trop générales pour servir de base à des types caractérologiques. En fait, si on veut arriver à quelque chose en caractérologie, il faut partir de propriétés psychiques très élémentaires et très primitives, et la notion d'adaptation, que M. Delmas ne peut admettre, me semble, au contraire, convenir parfaitement ici. Le caractère est en effet la manière dont la personnalité de l'individu s'exprime dans le milieu ambiant.

3° Ce qui me semble peu souhaitable, également, c'est l'extension donnée par l'auteur à la notion d'association morbide. C'est là un mode d'explication vraiment trop commode et qui permet de répondre à toutes les objections. Par des dosages savants et trop faciles, on peut ainsi réaliser toutes les

combinaisons possibles. D'autre part, et c'est bien là la tendance de M. Delmas, elle place tout le problème sur un terrain quantitatif où il n'a que faire. La constitution normale ou pathologique est un tout, dont les éléments prennent une valeur spéciale du fait de leur conjonction et ne peuvent être compris que dans leur fusion au tout. Le problème caractérologique est un problème qualitatif, et c'est pour l'avoir méconnu que la caractérologie a si longtemps piétiné sur place, comme toute la psychologie rationnelle.

4° Pour ce qui est de la classification des constitutions psychopathologiques, il y aurait beaucoup à en dire. Je me contenterai de m'étonner que M. Delmas fasse de la cyclothymie la constitution fondamentale : ayant une allure alternante propre, étant seule héréditaire et pénétrant peu ou prou toutes les autres constitutions. C'est là une série d'assertions qui demanderaient pour le moins d'être prouvées et qui me semblent une fois de plus répondre plus à un esprit de système qu'à la réalité.

De même, la part réduite faite à l'hyperémotivité est pour le moins inattendue. Je lui aurais volontiers attribué une bonne part de l'importance donné par l'auteur à la cyclothymie. Ici encore, c'est moins le degré d'émotivité qui devrait compter que la qualité, la forme de l'émotivité. Le type émotif me semble, bien plus que tout autre, commander l'allure psychosique.

Bien des choses aussi seraient à dire au sujet de la schizoïdie et de la schizophrénie. Beaucoup des critiques de l'auteur sont valables, la schizoïdie même n'en est pas moins une réalité clinique qu'on ne saurait, à l'heure actuelle, méconnaître.

L'auteur a fait, à juste titre, le reproche de « pathos » à certaines notions nouvelles qui se sont montrées fécondes jusque dans leur indétermination. Ce reproche ne peut certes pas lui être retourné, et je dirai volontiers que c'est sa clarté même, sa certitude systématique et le développement trop harmonieux de sa méthode qui me mettent en garde. Je n'en apprécie pas moins tout ce que l'exposé de M. Delmas remue d'idées et prépare de luttes fécondes.

M. Kohler (de Genève). — Pour démontrer la valeur actuelle des théories émises sur les constitutions en psycho-pathologie, notre honoré Rapporteur, M. Achille Delmas, sans nier l'exis-

tence, le rôle et l'importance de celle-ci, conclut de la manière suivante :

« Un vaste champ reste encore à explorer dans ce domaine, comme le prouvent, d'une part, les divergences doctrinales, d'autre part, l'insuffisance actuelle des moyens de leur porter remède. »

Je ne puis que me rallier à cette conclusion et j'estime que, pour donner une réponse aux différents pourquoi qui surgissent et pour déchirer le voile qui dissimule la vérité, ce ne sont pas des discussions psychiatro-philosophiques, mais des constations biologiques expérimentales bien déterminées et trop difficilement et trop rarement applicables en science psychiatrique qui devraient nous guider.

Les discussions psychiatro-philosophiques ont créé des néologismes, très sonores parfois, mais mal déterminés, et qui ne nous étaient point utiles pour sortir d'un chaos de conceptions nous conduisant trop facilement à la fatalité et se rattachant intimement aux constitutions actuelles. Oui, si l'individu naît réellement avec une destination prédominante, continue et irréductible, est-ce que ce n'est pas la négation de toute tendance scientifique libératrice, de tout effort et élan thérapeutique ? Une limitation pareille ne me semble pas justifiée car, malgré toutes les recherches microscopiques et biologiques, personne n'a pu déterminer d'une façon certaine si déjà le germe contient de traces d'une constitution pathologique. C'est à cause de cela que la théorie des constitutions anormales ne reste plus qu'une hypothèse.

Or, nous savons que les constitutions anormales se rencontrent surtout chez l'homme, presque jamais chez les animaux vivant en pleine liberté. Là, le droit du plus fort prime et permet une sélection naturelle sans l'intervention d'une eugénie voulue ; mais dès qu'on applique aux animaux les règles de la domesticité, des constitutions anormales se font jour.

Si, d'une part, la formule d'une constitution somato-physiologique semble nettement déterminée, des difficultés surgissent au moment où il s'agit de déterminer une formule concernant la constitution pyscho-physiologique. Or, vu ces circonstances, combien plus difficile est-il de concevoir la formule d'une constitution psycho-pathologique ! La constitution psychique n'est-elle pas intimement liée à la constitution somatique, et celle-ci à la croissance, au développement, à la reproduction, donc à la vitalité de chaque individu ? Les tendances

émanant de cette vitalité sont elles innées, se manifestent-elles de la façon la plus précoce, persistent-elles tout au long de l'existence et sont-elles d'une durée indéfinie et inchangeable ?

Chaque individu se caractérise par des tendances qui sont l'essence même de sa vie, dont l'une ou l'autre gagne du terrain et devient prédominante, mais aucun fait nous prouve leur innéité, qui exclurait la faculté d'adaptation, facteur héréditaire dans toute la série vivante. C'est précisément ce sujet qui mérite notre attention critique. Si nous arrivons à prouver que l'innéité dépend de facteurs se trouvant en dehors du germe et qu'elle est indépendante de l'hérédité, alors les caractéristiques constitutionnelles citées plus haut, telles que leur précocité, leur continuité, leur durée et surtout leur inchangeabilité, deviennent des facteurs incertains et, par ce fait, la fatalité qui s'y rattache s'évanouirait.

Il serait fastidieux de vouloir remémorer ici combien le milieu ambiant, externe ou interne (d'une part, la température, la lumière, le mode de nutrition, etc., etc., d'autre part, les constellations hormonales et ioniques, bref les dispositions humorales) et l'effort de l'individu de s'adapter à de nouvelles circonstances vitales peuvent activer ou retarder non seulement une constitution somatique, mais aussi une constitution cérébrale, phylogénétiquement déterminée, et, par ce fait, spécialement psychique chez l'homme.

En nous bornant tout d'abord aux expériences de Romeis et Gudernatch sur la croissance et le développement du têtard de la grenouille et sur celles de Kreitmeyer sur la métamorphose de l'axolotl, et en considérant les travaux de Aron (Strasbourg), sur la reproduction et la vie, nous constatons que l'hérédité et l'innéité sont indépendantes l'une de l'autre. L'hérédité détermine l'espèce, mais l'innéité qui donne le caractère n'est ni continue, ni irréductible, ni fatale.

Entre l'éclosion de l'œuf de la grenouille, le têtard, pour arriver au stade adulte, subit différentes métamorphoses. Dans le milieu ambiant naturel, 70, 80 ou 120 jours s'écoulent pour achever ce cycle que suit la loi de l'hérédité et de l'innéité de l'espèce. Mais si nous changeons la constellation ionique du milieu ambiant naturel par adjonction à une partie infinitésimale de certains catalisateurs, comme par la thyroxine à 1 : 1,000,000, nous faisons parcourir au têtard ses différentes étapes de la métamorphose en 12-16 jours, sans changer quelque chose à son aspect adulte. Cependant, un arrêt de la croissance se produit.

En ce qui concerne l'axolotl — Amblystoma mexicamun — nous pouvons constater des faits homologues. Une seule application d'un catalisateur, soit par voie intro-œsophagienne, soit par voie intra-péritonéale, à des doses infinitésimales, peut le sortir de son état de néoténie constitutionnel (chose qui ne se fait que rarement et dans des circonstances tout à fait spéciales, à condition que l'animal n'ait pas dépassé son sixième ou septième mois de vie, par adaptation lente allant au delà parfois de la durée de plus d'une année) et changer complètement son caractère aquatique, de sorte qu'il perd ses branchies, ses membranes et sa queue natatoires et devient un animal apte à la vie terrestre, respirant par des poumons et rampant adroitement sur le sol.

Avec ce changement morphologique, l'attitude cérébrale se modifie également. Les propriétés biologiques, comme la nutrition, la génération, la motilité, la réceptivité, s'adaptent proportionnellement à cette nouvelle destination de vie.

Par ces exemples, nous avons pu, me semble-t-il, souligner l'exposé de notre honorable Rapporteur, disant que l'hérédité est ce qu'il y a de stable, de toujours présent et commun à tous les sujets d'une même espèce et que l'innéité, coefficient individuel, n'est point héréditaire. On peut la supposer en rapport avec des conditions physico-chimiques tellement subtiles qu'elles échappent dans leur variabilité trop souvent à toute connaissance et prévision scientifiques.

Cette subtilité physico-chimique était étudiée par Katase et ses collaborateurs à l'Université d'Osaka, et son important travail : « Der Einfluss der Ernährung auf die Konstitution des Organimus », basé sur des études biologiques expérimentales, nous informe combien le milieu humoral interne dépend de la nourriture et combien celle-ci peut influencer la cellule et sa fonction, l'organisme, enfin la constitution somatique et psychique.

Quant aux aliments secondaires, ils nous démontrent expérimentalement l'influence des ions calcium et sodium, des ions magnésium et potassium sur l'organisme, et la conséquence de leur déséquilibre sur le fonctionnement cellulaire, réticulo-endothélial, sur le système hématopoïétique, sur la teneur du sang en graisses et lipoïdes, etc., etc., et oppose le premier au deuxième groupe, qui devient ainsi antagoniste.

Quant aux aliments principaux, Katase nous démontre expérimentalement leur influence sur la constitution du squelette,

sur la constitution du tissu dentaire, sur la constitution du système musculaire et cérébral, et il nous donne expérimentalement la preuve de l'ostéopathie acideuse, état qui se complique chez l'homme souvent de manifestations psychotiques spéciales.

Il nous parle ensuite de l'inter-action de ces deux groupes alimentaires et conclut qu'une constellation normale de ces constituents dans nos humeurs est d'une importance primordiale pendant la grossesse, de leur équilibre harmonieux dépendent la constitution et l'innéité. Il arrive à discerner trois types de constitutions :

a) normale : équilibre acido-basique, santé.
b) acide : disposition à des maladies juvéniles.
c) basique : disposition à des maladies séniles.

Donc, pour Katase, une constitution ne peut pas être innée, même pas héréditaire, comme on le supposait jusqu'alors. Elle est dans tous les cas acquise, mais cette acquisition peut déjà se faire pendant la vie embryonnaire, et si les causes déterminantes qui provoquent un déséquilibre humoral persistent assez longtemps, on peut constater que des constitutions anormales organiques se manifestent qui peuvent se répercuter sur le psychisme tout entier.

Tout ce que je viens de vous exposer me paraît nécessaire pour démontrer combien j'adhère aux conceptions de notre Rapporteur, et combien il est préférable de conclure biologiquement au lieu de philosophiquement sur les faits qui nous semblent apparents. Ces faits ne résistent pas à un examen critique en ce qui concerne, avant tout, la fatalité des constitutions actuelles. Il faut, comme d'ailleurs surtout en psychiatrie, tendre nos efforts à la recherche du moyen le plus sûr et le plus efficace pour réaliser une prophylaxie mentale. Celle-ci biologiquement appliquée nous épargnera de vains efforts, en tendant à modifier des sujets même jeunes grâce à la pédagogie, à l'orientation professionnelle, en un mot, grâce à la thérapeutique actuelle, trop souvent inefficace parce qu'elle arrive trop tard.

M. Art. Donaggio (de Modène). — Tout en félicitant M. Delmas pour son excellente analyse, il pense que la psychologie ne peut pas nous donner à elle seule l'explication des problèmes compliqués qui se rattachent à la question des

constitutions en psycho-pathologie. Il est nécessaire d'examiner la personnalité humaine dans tous ses éléments. Le problème de la constitution, qui d'une façon partielle trouve son origine scientifique dans l'œuvre de Morgagni et de Bichat, a donné lieu aux recherches de Cesare Lombroso qui, à part certaines particularités de son œuvre, a eu dans l'ensemble des intuitions exactes qui ont trouvé aujourd'hui des confirmations. Dans la direction même psychologique, mais aussi organiciste de ces recherches, Enrico Morselli s'est placé avant Kretschmer, avec des conclusions un peu oubliées. L'école italienne a toujours étudié ces problèmes à plusieurs point de vue n'oubliant jamais l'élément organiciste: l'orateur rappelle la doctrine et les méthodes de Achille de Giovanni et de ses élèves. Les recherches de Kretschmer ont ainsi des précédents assez nombreux. M. Delmas critique les résultats de Kretschmer. Les recherches de Kretschmer, en effet, sont peut-être peu précises au point de vue psychologique, mais néanmoins dans leur ensemble contiennent des éléments importants. Les conclusions de Kretschmer n'ont pas été seulement précédées par d'autres conclusions semblables, mais sont dans le même plan de recherches conduites avec des méthodes différentes : un auteur italien, M. Fattowich, a fait des recherches dans ce terrain avec une méthode très différente, c'est-à-dire avec la méthode de Viola : les résultats ne varient pas essentiellement malgré la variation de la méthode employée.

A un autre point de vue M. Donaggio ne peut pas se trouver complètement d'accord avec M. Delmas : c'est-à-dire dans la différenciation nette que M. Delmas croit pouvoir faire toujours entre *constitutionnel* et *lésionnel*. Pour sa part, l'orateur croit qu'on ne puisse pas dénier, par exemple, l'influence de la tuberculose dans les manifestations psychiques, au point de déterminer ce qu'on appelle la constitution perverse. L'orateur s'est occupé de l'influence de la tuberculose dans plusieurs occasions. Les toxines de la tuberculose agissent sur les fibres nerveuses, sur les systèmes des fibres nerveuses aussi du cerveau : elels ne détruisent pas la fibre, mais elles modifient la constitution chimique des fibres en produisant une modification histo-chimique réversible. Ces lésions, restées invisibles avec les méthodes communes, on les a révélées avec les méthodes de M. Donaggio pour la démonstration des dégénérations initiales des fibres nerveuses. M. Morselli fils, précisément, en

appliquant ces méthodes, a pu mettre en évidence les modifications initiales des fibres, en démontrant visiblement l'action des toxines de la tuberculose sur la fibre nerveuse, soit expérimentalement, soit chez l'homme. D'un côté nous avons un tableau de constitution psychique acquise qui dérive d'une intoxication, de l'autre côté des éléments qui conduisent à constater que les soi-disants phénomènes non lésionnels et fonctionnels peuvent être des phénomènes réversibles, lésionnels, organiques (histo-chimiques).

Le rapport avec des conditions morbides dérive aussi de ce que nous a enseigné l'encéphalite épidémique. Il est bien connu que des enfants à constitution psychique excellente changent à la suite d'une encéphalite épidémique, et deviennent tout à fait semblables à ceux qui présentent la constitution perverse. On pourrait dire que l'encéphalite n'a fait que révéler une condition préexistante. Mais les cas sont trop nombreux pour soutenir une opinion semblable. De même ici on ne peut pas parler de condition simplement fonctionnelle : la condition lésionnelle, organique, est évidente. Nous retrouvons dans ces faits des éléments qui rappellent les idées de Lombroso.

Le rapport de M. Delmas est certainement remarquable. Mais l'orateur insiste sur ce que l'avenir de ce grand problème ne peut se retrouver que dans une recherche vraiment et complètement intégrale, conduite avec tous les moyens à notre disposition, ainsi que l'a dit aussi M. René Charpentier (1) dans son importante conférence publiée récemment. Nous devons utiliser et synthétiser depuis tous les résultats qui nous proviennent de l'analyse psychologique jusqu'à tous les autres moyens de recherche, jusqu'à l'anatomie et à l'histologie normale et pathologique, à la « névro-architectonique » normale et pathologique. Certainement, ces recherches et l'intégration de toutes ces recherches présentent des difficultés : mais les difficultés n'ont jamais été un argument probant contre la nécessité de la recherche.

M. Yves Porc'her (de Maréville). — Messieurs, je n'ai pas la présomption de vouloir apporter à la question des Constitutions des solutions définitives ; mon intention est de faire

---

(1) René Charpentier. — De l'idée de dégénérescence à la doctrine des Constitutions (in *Journal de Neurologie et psychiatrie*, mars 1932, pages 137 à 169, 197 à 199).

quelques remarques générales issues de réflexions du genre de celles que chacun de nous peut faire au long de sa pratique quotidienne.

C'est dire qu'il ne sera question, dans cette courte intervention, ni des expériences des Généticiens, propres cependant à projeter quelque lumière sur ce qu'il faut entendre par hérédité similaire ou non similaire et innéité, ni des données de la linétique du développement, embrassant toute l'Ontogénèse qui, ne l'oublions pas, s'étend chez l'homme sur une période de près de vingt ans. D'ailleurs cette lenteur de l'évolution, très particulière à notre espèce, rend, dans ce domaine spécial, l'investigation difficile et retarde singulièrement les progrès de nos connaissances qui sont encore rudimentaires. Quoi qu'il en soit c'est ce principe d'Evolution qui, autant que faire se peut, me sert de guide dans l'observation et l'interprétation des faits.

J'ai cru remarquer assez souvent que des individus, que nous rangeons parmi les déséquilibrés présentaient un habitus, une complexion juvénile, voire puérile, qui persiste quelquefois très longtemps au cours de l'âge adulte. Il doit y avoir dans cette remarque quelque chose de vrai et le fait doit être assez général pour que Cotard dès 1886 ait cru devoir le signaler dans les mêmes termes. Ces mêmes individus m'ont donné l'impression de vieillir d'une façon particulière, je ne dirai pas qu'ils vieillissent, mais qu'ils se fanent, ou si vous voulez qu'ils se gâtent comme des fruits non murs. Bref, j'ai comme une idée que ces déséquilibrés forment une classe spéciale d'arriérés qui ne se confond pas avec les types d'arriérés intellectuels, les deux syndromes pouvant d'ailleurs coexister ou se manifester séparément ainsi que M. Delmas l'admet explicitement dans son rapport. Il y a dans le comportement des enfants, dès les premiers contacts avec le monde, une manière d'avidité que je qualifierai d'immédiate, de même que, un peu plus tard, apparaît, décélable dans leurs yeux surtout (car il ne m'a pas semblé que ce petit monde soit très confiant de sa vie intérieure vis-à-vis des grandes personnes), une dominante imaginative, une forte tendance au mythe. Ces aspects évoluent avec l'âge, semblent disparaître sous des apports nouveaux auxquels ils s'intègrent, se fondent, dans l'ensemble individuel ; mais, si quelque trouble se produit au cours de cette intégration, ne verrons-nous pas apparaître, suivant le cas, une constitution perverse, une constitution imaginative ou un mélange des deux.

Je saute à la période pubertaire, crise longue, et complexe et redoutable. Il n'est peut-être pas sans intérêt de noter que c'est au cours de cette période qu'apparaît dans le comportement individuel l'expression d'un sentiment très particulier, la pudeur ; phénomène qui, d'après les pédagogues, ne serait pas le résultat de l'éducation, mais serait en quelque sorte naturel et spontané, et qui, fait capital à mes yeux, s'accompagne d'une inhibition diffuse d'un caractère et d'une ampleur jamais encore rencontrés au cours du développement : n'oublions pas que la pudeur s'appelle aussi la honte. Et n'est-il pas curieux que dans la pathologie mentale de cet âge les obsessions-phobies soient si fréquentes et qu'elles fassent partie des prodromes classiques de la démence précoce que nous pourrons appeler hébéphrénie ou schizophrénie sans que le mot n'y change rien. Cela nous amène tout droit à la psychasthénie de Pierre Janet qui, par la maladie du scrupule, se relierait à la paranoïa. Peut-être n'y a-t-il entre ces différents états, plus particuliers à l'âge adulte, qu'une différence d'évolution et, à ce propos, je ne suis pas si sûr que l'orgueil soit le pivot du délire des interprétants persécutés persécuteurs, ces paranoïaques types.

J'ai été également frappé en constatant que la plus grande fréquence de début des psychoses maniaques-dépressives se place vers et un peu après la vingtième année, à une époque où précisément la croissance somatique vient de cesser, croissance qui se caractérise par des alternances de poussées et de repos variables, et avec l'âge et avec le segment ou l'organe considérés, et je me laisse aller à penser qu'il y a entre ces deux aspects de la croissance et les deux aspects du comportement cyclothymique un certain rapport qui n'est pas une simple analogie verbale ; en 1907 un maître ouvrier de la Psychiatrie française contemporaine, M. Dominique Anglade décrivait dans des cerveaux de maniaques (et d'épileptiques) une forme de névroglie particulièrement vivace et en tout point semblable à celle que l'on peut voir sur des coupes de cerveaux d'enfants de 2 ans ; or la grande poussée de croissance du cerveau humain se place de la naissance à l'âge de 5 ans, époque où l'encéphale atteint 80 0/0 de son développement macroscopique définitif.

Comme autre exemple d'Ethologie et de Morphologie comparative je rappellerai l'avortement de la spermatogénèse signalé par Frédéric Mott chez des adolescents déments précoces ou obsédés phobiques (suicide).

Cette brève esquisse d'une évolution embrassant le comportement et la forme reliés l'un à l'autre par le fonctionnement physiologique n'a la prétention d'être ni un tableau absolument exact, ni une interprétation rigoureusement véridique des faits, mais simplement l'expression d'une certaine manière de voir, d'une certaine tendance, d'une certaine orientation de recherches.

Je ne crois pas qu'il y ait entre les vues que je soumets à vos réflexions et les conclusions de M. Delmas d'opposition profonde. Je ne discuterai pas de l'hérédité et de l'acquis ; je crois en l'importance des potentialités initiales de l'œuf imprimant à l'évolution de l'individu un certain caractère de rigidité, mais cette rigidité n'est pas absolue et il serait vain de vouloir apprécier actuellement la marge de plasticité permise, les expériences des Généticiens nous commandant beaucoup de prudence. Et puis il en est des humains comme des plantes potagères ; il y a des précoces, des hâtifs et des tardifs en dehors de tout phénomène à proprement parler pathologique et cela rend difficile le pronostic au cours du développement.

Je n'ai pas non plus l'illusion de dire des choses neuves, ce que j'ai dit aujourd'hui, Cotard et Christian l'ont dit déjà il y a quarante-cinq ans et je puise là le réconfort de constater qu'il existe en France la tradition solide et toujours vivace d'une Psychiatrie objective, je dirai naturelle, et qui se perpétue et progresse en dépit de la vogue apparente de certains concepts quelque peu nébuleux qui ne sont pas de chez nous.

En terminant je remercie M. Delmas, mon ancien, d'avoir, dans un rapport clair et précis, résumé pour nous tout le travail d'une époque.

M. J. Hamel (de Maréville). — M. Delmas voudra bien me permettre de m'associer très sincèrement aux orateurs précédents et de lui adresser mes plus vives félicitations pour son beau rapport.

Il ne m'est pas possible de revenir sur tous les points de son exposé capables d'apporter des enseignements utiles et pratiques à la psychiatrie, à la psychologie ou à la médecine légale. Je veux seulement signaler son heureuse conception des *perversions émotives,* qu'il a très nettement dégagées de la constitution perverse à laquelle, en effet, elles ne paraissent pas

appartenir. Mais M. Delmas a mis au point bien d'autres notions excellentes et je suis persuadé que son rapport a été accueilli par tous les psychiatres comme une œuvre magistrale, qui marque une étape victorieuse sur la voie du progrès en pathologie mentale.

Si, cependant, le distingué rapporteur veut bien m'y autoriser, je lui soumettrai quelques petites critiques.

M. Delmas, au paragraphe des Associations constitutionnelles, oppose de façon absolue l'opinion des partisans des constitutions psychopathiques à celle des aliénistes qui, comme Génil-Perrin, ne leur accorde qu'une valeur de classification et croient à l'existence d'un déséquilibre primitif et fondamental.

Il me semble que ces opinions ne sont pas si divergentes : M. Delmas accorde en effet que les *constitutions* ne sont pas souvent isolées. D'autre part, elles ne sont que la modification quantitative de *dispositions* normales qui existent chez tous les individus. Dès lors, toute exagération d'une ou plusieurs de ces dispositions crée effectivement un déséquilibre global dans l'harmonie de développement de ces dispositions, qui correspond à l'état normal.

On pourrait ainsi facilement établir un profit du déséquilibre analogue au profit mental de Mlle Abramson.

D'ailleurs, M. Delmas lui-même ne souligne-t-il pas la nécessité, pour l'efflorescence des psychoses affectives, d'une intervention des constitutions actives? Et si ce point de son étude est très séduisant, n'en demeure-t-il pas que, dans un très grand nombre de cas, 3 constitutions, au moins, doivent se trouver réunies pour permettre le développement d'une paranoïa : hyperémotivité, cyclothymie, constitution paranoïaque ?

Je considère donc le problème posé par cette divergence d'opinions comme insoluble, ou mieux, comme facile à résoudre. Il y aurait beaucoup à dire sur l'identité constitutionnelle entre la psychasthénie et la schizoïdie. Je pense que ces constitutions associées diffèrent plus que par une inversion de proportion de leurs éléments constituants et j'arrive au chapitre de la nature des constitutions. Je note, à la page 31, la phrase suivante : « On répète que la tuberculose, l'alcoolisme, la syphilis,... seraient en cause dans l'ascendance des déséquilibrés. Naturellement, c'est la syphilis qui est le plus souvent incriminée. Mais il n'est aucun fait statistique ou clinique

qui vienne corroborer, de façon un peu certaine, une telle opinion, etc... »

Sans amour-propre d'auteur, je puis bien dire que de nombreux psychiatres et syphiligraphes ont établi l'importance de l'hérédo-syphilis comme facteur du déséquilibre infantile : je citerai seulement Babonneix, Heuyer, Laignel-Lavastine, mais il y en a bien d'autres. Mais qu'il me soit permis de rappeler qu'en 1929, dans mon rapport au Congrès de Barcelone, j'ai signalé la fréquence du terrain hérédo-syphilitique chez des sujets atteints de psychasthénie, neurasthénie, états psycho-névropathiques avec doutes, obsessions, impulsions, anxiété. Je mettais en valeur l'existence, chez ces malades, d'une insuffisance habituelle des fonctions antitoxiques ou d'élimination, d'une instabilité sympathique, de désordres endocriniens, d'hypotension, etc. Notre collègue Hesnard, dans son intervention, disait en effet avoir rencontré 11 fois l'hérédo-syphilis sur 20 cas de psychasthénie. Depuis cette époque, je puis dire que j'ai rencontré l'hérédo-syphilis certaine chez ce genre de malades, au moins 2 fois sur 3.

Et puisque M. Delmas demande des faits cliniques, en voici un tout récent et très brièvement résumé :

Mme C... a 33 ans, très instruite et très intelligente. Elle a 2 enfants bien portants. Il y a 4 ans, elle a fait un léger accès dépressif sans cause apparente, qui a duré 2 mois. Il y a un mois, abcès dans la gorge, congestion hépatique, subictère, amaigrissement. Convalescence lente et apparition d'obsessions : crainte de folie : elle se sent transformée, vide, ne reconnaît plus son moi. En même temps, elle est déprimée, pleure, se croit incurable.

Au physique, état satisfaisant, aucune lésion organique apparente. A signaler, lobes des oreilles adhérents et voûte du palais ogival.

Voici maintenant les réactions du sérum :

Hecht (positif).
Kahn (positif).
Calmette Mossol (négatif).
Jacobstal (négatif).
Fonctionnement rénal : Constante 0,76 au lieu de 0,70.
Fonctionnement hépatique également défectueux : rapport azotémique : 37,1 % au lieu de 45 %.

Ralentissement de la nutrition :

Urée sanguine 0,14 seulement (avec un régime normal), par contre, acide urique élevé, 0,063 au lieu de 0,045.

P. H., 7,41 en alcalose légère.

Tension basse : maxima 12, minima 8, différentielle 4 au lieu de 7.

Enfin, métabolisme basal : — 5,4 %.

L'hérédo-syphilis a été confirmée par l'oncle de la malade. Aucun antécédent névropathique.

Il ne s'agit nullement d'une hérédité de transformation, ainsi que serait tenté de le dire M. Delmas, et je suis persuadé que la syphilis existe ici de façon active, dissimulée peut-être, comme l'ont indiqué plusieurs auteurs, dans le tissu de quelque glande à sécrétion interne.

Puis-je encore signaler l'audacieuse conception de l'origine des constitutions, considérée comme phénomène génétique, non pathologique. J'attire l'attention sur la discordance au moins apparente que laisse entrevoir cette conception avec les remèdes eugéniques préconisés avec beaucoup de prudence d'ailleurs, par M. Delmas, mais c'est là un très petit détail. J'aurais aimé apprendre, de M. Delmas, quelques points plus importants : notamment, l'âge de l'apparition contestable des constitutions chez l'enfant, les symptômes qui permettent leurs discrimination au milieu des manifestations confuses d'instabilité habituellement seules signalées.

M. Delmas fait-il définitivement abstraction de tous les stigmates dystrophiques, en dehors des arriérations mentales ?

Mais je m'excuse d'avoir été malgré moi si prolixe, sur un sujet si passionnant, et si magistralement traité et je termine en renouvelant toutes mes félicitations à l'auteur.

M. Achille Delmas, *rapporteur*. — Je remercie bien vivement tous les orateurs qui viennent de prendre la parole et pour leur sympathie indulgente à mes efforts et, plus encore, pour les diverses critiques et objections qu'ils ont bien voulu formuler et qui vont me permettre de mieux préciser ma pensée sur certains points.

J'ai beaucoup aimé l'intervention de M. Ey : elle avait toute la fougue de la jeunesse. On m'en voudrait de le suivre dans la discussion théorique de méthodologie qu'il a abordée ; je ne suis qu'un clinicien et comme j'ai le privilège de fréquenter avec lui la Société médico-psychologique de Paris,

je me réserve de bénéficier des nombreux faits qu'il voudra bien nous y apporter de manies de la cinquantaine, sans antécédents cyclothymiques, de psychoses cyclothymiques sans hérédité similaire, de constitutions acquises, qui soient de vraies constitutions, etc...

Une critique de détail qui nous a été faite notamment par MM. Boven et Courbon, porte sur le nombre des constitutions qu'on suppose que nous voudrions systématiquement limiter à cinq. Loin de nous une telle pensée ; il serait enfantin de ne pas réserver ce que de nouvelles acquisitions pourraient apporter d'amélioration ou de complément. Seulement, dans l'état actuel, ce sont ces cinq dispositions qui nous ont paru le plus unanimement admises et toutes les autres constitutions proposées jusqu'ici nous ont semblé réductibles aux cinq principales que nous pourrions appeler, sans excès, classiques. M. Boven veut laisser la porte ouverte à l'apport possible d'autres constitutions ; bien volontiers, mais quand il allègue la neurasthénie constitutionnelle, nous répondons que celle-ci n'est qu'une forme de dépression cyclothymique chronique.

D'autres orateurs notamment, M. Vermeylen, pensent que nous sommes partis des dispositions normales pour arriver aux constitutions psychopathiques et craignent que ce ne soit là une méthode déductive un peu théorique. Partir du normal vers le pathologique, ou inversement du pathologique vers le normal, sont deux méthodes parfaitement conformes à la méthode d'interpolation des sciences, donc légitimes. Mais en fait il se trouve que nous n'avons point procédé ainsi et que nous avons au contraire cheminé lentement et prudemment en passant des psychoses aux constitutions, puis des constitutions aux dispositions. Nous avons, il est vrai, contrôlé nos résultats, par une méthode de recoupement et en partant cette fois des fonctions primordiales de la vie, telles que les donne la biologie, suivant le tableau reproduit dans notre rapport. Mais cela n'a pas été notre point de départ, mais seulement un contrôle secondaire et une vérification après coup.

Nous voudrions tout de suite en finir avec l'objection souvent faite dédaigneusement à la doctrine des constitutions, quand on l'accuse de partir théoriquement de la psychologie et non expérimentalement de la biologie, comme si la psychologie ne faisait pas partie de la biologie. C'est un argu-

ment facile et qui ne va pas bien loin. Nous ne partageons point la prévention injustifiée qui existe contre la psychologie ; nous ne croyons pas à une hiérarchie des valeurs de la connaissance. Celle-ci est ou n'est pas et si la psychologie nous apportait des explications sûres, contrôlables et contrôlées, nous les accepterions sans hésitation. Mais en réalité, la doctrine des constitutions ne doit rien à la psychologie ; comme nous venons de le voir c'est elle au contraire qui sert de base à un renouveau de la psychologie.

M. Ley voit avec juste raison dans notre transition du normal au pathologique une interpolation, faite de variations quantitatives et il s'inquiète de l'élimination que nous tendons à faire des variations qualitatives. Nous pensons, en effet, que celles-ci ne sont qu'une apparence due à la complexité des faits quand nous ne parvenons pas à les analyser complètement. Le génie par exemple lui paraît difficilement réductible à des données précises et nous voulons bien réserver partiellement cette question. Mais nous croyons dès maintenant acquis que dans les créations de l'imagination : musique, poésie, roman, etc..., le génie ne va pas sans une association de cyclothymie et d'hyperémotivité nécessaires, mais non suffisantes. Il serait présomptueux de contester dès maintenant la possibilité d'éléments qualitatifs, mais nous croyons légitime d'espérer qu'ils ne procèdent actuellement que de synergies complexes et qu'ils cesseront d'être qualitatifs le jour où l'analyse permettra de débrouiller ces synergies.

M. Vermeylen, et d'autres, paraissent trouver excessive l'importance que nous attribuons à la cyclothymie. Nous insistons sur son rôle catalyseur et son aspect polymorphe. Sans aller aussi loin que Specht, nous pensons avec Logre qui défend la même opinion que nous, que la cyclothymie, sous ses deux aspects d'excitation ou de dépression, joue un rôle de sensibilisation à l'égard des autres constitutions et provoque l'efflorescence du plus grand nombre des épisodes hyperémotifs, paranoïaques, pervers et mythomanes. C'est une question d'interprétation des faits ; nous pensons que par ces associations s'expliquent les multiples formes atypiques de manie-mélancolie et ce que l'ancienne psychiatrie groupait dans les Psychoses dégénératives, Délires polymorphes ou Bouffées délirantes, à l'exception de celles qui ressortissent à la confusion mentale ou à la période initiale de

la Démence précoce. Seul le temps peut justifier ou infirmer la conception que nous défendons.

Dans l'efflorescence, M. Hesnard a eu raison d'indiquer la difficulté d'un problème qui nous obsède depuis bien des années et auquel nous ne parvenons pas à trouver de solution. Certes nous comprenons très bien comment un Délire d'interprétation peut être provoqué, de la même manière qu'un Délire de revendication, soit par le rôle catalyseur d'un état maniaque ou mélancolique, soit par une exaltation émotive, réaction d'interpsychologie. Mais comment expliquer qu'un Délire d'interprétation commençant est appelé à aller, malgré toute invraisemblance, et d'une façon fatalement progressive et extensive vers l'organisation de ces délires toujours amplifiés, qui sont les plus riches, les plus abondants et les plus extravagants de tous ? Qu'est-ce qui explique la ténacité, la force, et le mouvement impétueux d'un tel gauchissement du jugement, d'une telle paralogie ? Nous n'en savons actuellement encore rien. La débilité mentale existe bien dans certains cas, mais non dans tous et, malgré tout, cette cause resterait disproportionnée par rapport à son effet. M. Hesnard invoque une néoproduction affective morbide, d'ailleurs valable indifféremment pour toutes les psychoses. Malgré toute notre bonne volonté, nous ne parvenons à voir dans l'évocation d'un tel processus qu'une image, très juste tant qu'elle ne prétend pas à autre chose, et M. Hesnard lui-même reconnaissait tout à l'heure que l'explication de la nature d'un tel processus nous fait défaut. M. Courbon invoquait à son tour, une altération initiale du cytoplasma et il a certainement raison, puisque le cytoplasma, c'est l'être vivant avec toutes ses possibilités et toutes ses limitations. Mais que pouvons-nous connaître de ces altérations initiales du cytoplasma ? Il faut, hélas ! se résigner à attendre les explications qui font défaut, à la condition de ne jamais cesser de les rechercher sans relâche.

Dans l'esprit de M. Vermeylen et de quelques autres, l'opposition entre Perversité et Perversion paraissait quelque peu incertaine. Or, les perversions débordent de beaucoup le cadre de la Perversité, constitution innée. Certes il y a des perversions par Perversité, cela va de soi ; mais il y a aussi des perversions acquises dans l'épilepsie, dans l'encéphalite léthargique, dans les périodes dites médico-légales de la Démence précoce et de la Paralysie générale, etc., etc... qu'il

y ait ou non Perversité constitutionnelle. Il y a aussi des Perversions émotives, auxquelles nous attachons tant d'importance et auxquelles nous n'avons pu consacrer qu'un chapitre bien étriqué et bien incomplet.

Nous avons bien indiqué que l'effraction émotive initiale, agissant à la manière d'un réflexe conditionné, appartenait non à la première enfance, mais surtout à la seconde enfance. âge auquel l'évolution affective subit une orientation souvent décisive et irréversible. Mais nous avons dû, faute de place, omettre d'indiquer que les perversions émotives peuvent s'acquérir à tout âge et nous aimons à rappeler l'observation de pyromanie si instructive à cet égard que nous devons à Tastevin et que cet auteur a publiée dans le deuxième, et malheureusement dernier, numéro de la *Revue de psychologie*. Parce que nous avons placé les Perversions sexuelles dans les perversions émotives et les soumettons au même déterminisme, M. Hesnard nous menaçait tout à l'heure de la pitié qu'aurait d'une telle conception une société de sexologie. Certes, les sociétés de sexologie doivent savoir bien des choses que nous ne savons pas, mais elles auraient peut-être tort, dans leur autorité encore bien jeune, de repousser le faisceau des faits que, dans notre domaine et sans aucun amour-propre d'auteur, nous apportons.

Personne n'a cru devoir nous reprocher de n'avoir point fait état de la constitution épileptoïde. Nous n'aurions voulu faire nulle peine à Mme Minkowska qui l'a décrite ni à notre ami Gilbert Robin qui s'en est fait le protagoniste ; nous nous excusons ici auprès d'eux, mais la rigueur d'un règlement qui nous défendait de dépasser cinquante-six pages, nous a obligés d'éliminer bien des développements intéressants. De toutes les constitutions proposées, la constitution épileptoïde nous est apparue comme la moins défendable et la moins acceptable, pour les raisons que nous avons exposées dans la discussion de la Société médico-psychologique à la suite de celles données aussi par le Pr Claude et le Dr Marchand.

Nul non plus ne s'est levé pour prendre la défense de la constitution schizoïde. Nous le regrettons d'autant plus que nous pensions produire quelques autres critiques, que nous n'avions pu, faute de place, introduire dans notre rapport. Nous n'en retiendrons qu'une, c'est celle qui a été très judicieusement exposée par M. Guiraud, à la Société médico-psy-

chologique, quand il a rappelé que c'est souvent l'affection mentale qui entraîne comme conséquence les modifications morphologiques et non l'inverse. Le Pr Laignel-Lavastine a défendu une thèse analogue et le Pr Claude va jusqu'à penser que l'idée, longtemps cultivée avec une charge affective considérable, peut engendrer des phénomènes biologiques, susceptibles de se fixer et de devenir des lésions organiques, à la suite de la modification dynamique prolongée (1). Il est curieux d'observer qu'Esquirol avait décrit un type morphologique entièrement superposable à la variété asthénique du type leptosome de Kretschmer ; toutefois, dans sa grande expérience clinique, Esquirol rattachait ce type à la lypémanie. Il n'est pas douteux que ce type est fréquemment rencontré en clinique, mais conformément à l'opinion des auteurs plus haut cités et contrairement à celle de Kretschmer, il paraît une conséquence et non une cause de la constitution ; en effet, on le rencontre chez des cyclothymiques soit à prédominance dépressive, soit plus encore à dépression chronique. On comprend sans peine comment un état conditionné par une hypotonie sympathique et endocrinienne, entraîne l'hypotonie générale, l'asthénie viscérale, le ralentissement des sécrétions et des échanges, l'atonie digestive, l'attitude en flexion, les ptoses, en un mot tout ce que l'on décrivait autrefois sous le nom de neurasthénie constitutionnelle.

M. Hamel nous a rappelé avec raison ses belles recherches sur l'hérédité syphilitique ; il les a complétées par des données nouvelles, qui tendraient à confirmer l'opinion que M. Ley appuyait sur une observation intéressante. On a tellement abusé de la syphilis, que nous sommes peut-être portés à la trop méconnaître, mais les faits sont les faits et nous sommes tout disposés à accepter une hérédité syphilitique, là où elle arriverait à être sûrement établie.

M. Porch'er a esquissé une très intéressante évolution des tendances constitutionnelles, suivant les âges, c'est-à-dire dans leur progression ontogénique. Ceci m'amène pour répondre à une question, à préciser ce que nous savons de la précocité d'apparition des tendances constitutionnelles. Nous

---

(1) René Charpentier. — De l'idée de dégénérescence à la doctrine des Constitutions. (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, mars 1932, pages 163 et 167).

avons observé un très grand nombre d'enfants au cours de la première enfance ; nous avons plus spécialement suivi cinq enfants d'une façon intime et quotidienne, pendant leur première année.

Comme l'enseignait notre Maître Dupré, il faut tenir compte de l'existence normale chez l'enfant d'un excès physiologique des tendances. Mais, même avec cette réserve, il nous a paru possible d'établir la fiche psychologique dès l'âge de six mois chez nos cinq enfants, qui ont aujourd'hui entre 13 et 23 ans et dont l'évolution a confirmé l'exactitude de ce pronostic. Cela est vrai pour l'activité, l'émotivité, l'avidité et la sociabilité. La bonté est beaucoup plus difficile à déceler tôt ; pour elle, on peut rester hésitant jusqu'à l'âge de 15 à 18 mois. Sur la précocité des manifestations des composantes de l'humeur et du caractère, qui, on le voit, se laissent découvrir de très bonne heure, nous pouvons citer l'observation d'un cyclothymique à forme circulaire, à variations nettes, mais légères, que nous avons traité à vingt ans et chez lequel la mère et la nourrice avaient toutes deux observé pendant toute sa première année des alternatives très régulières et très caractéristiques de phases d'excitation et de dépression, qui se sont toujours reproduites avec le même rythme dans la suite.

Je m'excuse d'avoir été si long et d'avoir cependant laissé encore de côté bien des points intéressants, visés dans vos observations ; par celles-ci, vous avez montré combien la doctrine des constitutions vous paraissait importante et féconde: je ne puis encore une fois que vous remercier de votre bienveillance pour mes efforts.

M. le Doyen Jean Lépine, *Président de la séance :*

Messieurs, j'espère ne pas outrepasser la tâche du président occasionnel de cette séance en essayant de dégager quelques conclusions de ce débat.

La première, il me semble, sera de féliciter les organisateurs du Congrès d'avoir proposé cette question à son étude. Aucune ne pouvait témoigner plus éloquemment du sens permanent, j'allais dire éternel, de certains problèmes, et vous donner en même temps plus d'espoir dans les progrès de la science.

L'excellent rapport dans lequel M. Achille Delmas a mis

toutes les ressources d'un esprit particulièrement riche, et les interventions qui se sont produites pour le critiquer, ont également montré l'importance de cette discussion, sur laquelle planait, sans qu'il fût nécessaire de le rappeler à chaque instant, le souvenir de notre grand ami Dupré.

Nous avons entendu rappeler, et combien je m'en félicite, les essais des aliénistes de la vieille et classique école française, et vanter à juste titre le bon sens et l'expérience clinique d'un Christian, entre bien d'autres. Ainsi cette question est de tous les temps, et ce n'est pas, je pense, réduire le mérite de M. Delmas que de donner à la construction d'aujourd'hui la valeur d'un instant, fixé de main de maître, au cours d'une longue évolution.

Mais nous sommes aussi un certain nombre qui attendions, qui attendons chaque jour des progrès de la biologie quelque espoir à apposer aux condamnations inéluctables dont nous menace la doctrine des constitutions. Plusieurs des commentateurs d'aujourd'hui nous ont donné à cet égard d'intéressants apaisements, mais vous me permettrez de noter l'attention avec laquelle vous avez suivi l'intervention du professeur Donaggio.

Nul plus que ce maître des techniques histologiques parfaites n'était qualifié à la fois pour nous signaler les promesses d'un présent qu'il connaît bien, et nous rappeler le travail préalable d'un passé où domine la grande école anthropobiologique italienne. Avec une discrétion peut-être excessive il a évoqué quelques-uns de ces noms, familiers à ceux qui aiment à chercher dans la médecine son côté philosophique et humain. Permettez-moi d'insister sur l'une de ses citations rapides, et de saluer en passant la mémoire de ce grand clinicien de Padoue, trop peu connu en dehors de l'Italie, sauf par ceux qui se sont inspirés de lui sans le citer toujours, et que fut Achille de Giovanni. Par des intuitions que l'on pourrait qualifier de géniales, il a prévu les ponts que jetterait l'avenir entre les doctrines philosophiques des constitutions et les données de l'anthropologie objective. Parcourez les trois volumes de la *Morfologia del Corpo Umano,* rapprochez ces lectures de tels passages de *Nevrosi e Neurastenia,* et vous verrez comment le problème qui vous a occupé aujourd'hui peut prendre un autre aspect.

Après ce précurseur, voici que les recherches modernes les plus précises donnent à d'autres Italiens l'honneur de nous

guider dans cet inconnu. Ainsi, dans une question qui touche au fond même de nos préoccupations médicales, la vieille tradition de la clinique française et la jeune école biologique italienne, loin d'opposer leurs conclusions, s'en vont l'une vers l'autre, comme nos cœurs, pour le plus grand bien de la science et de l'humanité.

M. le Professeur A. Donaggio est sûr d'interpréter la pensée et les sentiments de ses collègues italiens en remerciant M. le Professeur Lépine, et en affirmant que les paroles si nobles avec lesquelles M. le Professeur Lépine, avec sa grande autorité, a rappelé les recherches de l'école italienne, ne peuvent que confirmer la sympathie et l'admiration des collègues italiens pour la science française et pour les collègues français.

DEUXIÈME RAPPORT

RAPPORT DE NEUROLOGIE

ET

DISCUSSION

LES LEUCOENCÉPHALITES

ET AUTRES AFFECTIONS DIFFUSES DE LA SUBSTANCE BLANCHE DU CERVEAU

Le vieux concept des scléroses diffuses, qui groupait dans ses mailles une série d'états cliniques et anatomiques très différents, a commencé à se déchirer quand Schilder et Foix en ont isolé la maladie qui porte leur nom ; et voici qu'un autre fragment s'en détache : certaines glioses diffuses dont Bodechtel et Guttmann viennent d'inaugurer l'étude. C'est à l'examen de ces affections que le présent rapport est consacré. A vrai dire, il ne s'arêtera pas longtemps aux glioses diffuses qui sont presque inconnues encore, mais il tentera une mise au point aussi précise que possible des notions qui touchent à la maladie de Schilder-Foix.

Hâtons-nous de le dire, il est une question que nous n'aborderons point : celle de la terminologie.

Une des maladies qui nous frappe, nous, neurologistes, avec une prédilection telle qu'on pourrait la ranger au catalogue des maladies professionnelles, c'est le prurit de la philologie. Et cette maladie a sévi avec une intensité particulière parmi ceux qui se sont occupés des leucoencéphalites : une centaine d'observations ont été publiées et déjà nous possédons 13 noms à leur appliquer :

Encéphalitis pariaxialis diffusa (Schilder).

Sclérose cérébrale centro-lobaire et symétrique (Foix et Marie).

Encephaloleucopathia scleroticans progressiva (Flatau).

Leucoencéphalite aiguë (Claude et Lhermitte).

Encephalomalacia diffusa (Hermel).

Diffuse Hirnsklerose (Gagel, Neubürger).

Encephalitis extracorticalis chronica (D'Antona).

Progressive degenerative subcortical encephalopathy (Globus et Strauss).

Encephalopathia periaxialis diffusa (Davison et Schick).

Leucoencephalopathie diffuse (Austregesilo, Galloti et Borges).

Diffuse infiltrative Encephalomyelitis (Jakob).

Leukoencephalopathia myéloklastica primitiva (Patrassi).

Enfin, pour le type familial : leucodystrophia cerebri progressiva hereditaria (Bielschowsky et Henneberg).

Nous ne discuterons pas ici laquelle de ces appellations est la plus heureuse, et, dans notre exposé, nous userons tour à tour, de l'une ou l'autre d'entre elles, sans manifester, pour la cause, une préférence.

PREMIERE PARTIE

LA MALADIE DE SCHILDER-FOIX

CHAPITRE PREMIER. — SYMPTOMATOLOGIE

AGE, SEXE, MODE DE DÉBUT

L'encéphalite périaxiale diffuse marque nettement une prédilection pour l'enfance et la jeunesse. Si l'on trace le diagramme de sa fréquence, on trouve, avant un an, un chiffre très haut (12 cas), puis, de 1 à 6 ans, on trouve une moyenne de 2 cas par an ; entre 7 et 9 ans, nouveau clocher (5 cas par an) ; de 10 à 19 ans, 15 cas ; puis nouvelle petite poussée entre 20 et 23 ans (11 cas) ; de nouveau, tracé à peu près plan entre 24 et 41 ans (18 cas) ; après cet âge, l'affection devient de plus en plus rare (un cas à 43 ans, un à 48, un à 49, un à 53, un à 64, un à 77). En ce qui concerne le sexe, la maladie semble frapper un peu davantage le sexe mâle : 4 individus masculins pour 3 féminins à peu près.

Le mode de début de la maladie de Schilder-Foix est assez variable. Cependant, certains symptômes se présentent avec une fréquence particulière à l'origine. Le plus souvent, ce sont des troubles psychiques qui ouvrent la scène : le malade devient inactif, oublieux, apathique et fait preuve d'une lenteur plus grande dans tous ses processus intellectuels. Souvent apparaissent en même temps des signes visuels : il s'agit d'une amblyopie unilatérale ou bilatérale se développant progressivement pour aboutir à une amaurose complète ; parfois

s'installe en même temps une surdité progressive d'origine centrale. Ces 2 groupes de symptômes peuvent d'ailleurs précéder les troubles psychiques. Dans d'autres cas, moins nombreux, des crises épileptiformes apparaissent les premières, ou encore le début se fait par une parésie à marche progressive localisée à une hémiface, à un membre, à une moitié du corps ou aux membres inférieurs. Parfois encore, la maladie s'annonce par des signes d'hypertension intracranienne ou plus rarement, par des signes cérébelleux localisés.

En général, ces divers symptômes apparaissent de façon plutôt insidieuse et se développent progressivement. Dans quelques cas cependant, le début est plus brutal : dans la forme Foix-Marie, on voit s'installer en quelques heures, à quelques jours, un syndrome moteur spasmo-paralytique accompagné de contractures et parfois d'accidents convulsifs ou de troubles visuels. Dans de rares cas enfin, le début est foudroyant : il s'agit d'une cécité subite dans le cas de D'Antona, d'ictus apoplectiforme suivi de paralysie chez les malades de Ford et Bumstead (cas 2) et de Leenhardt et Chaptal.

PÉRIODE D'ÉTAT

Comme nous le verrons au chapitre suivant, la maladie de Schilder-Foix peut envahir tout le cerveau, attaquer le cervelet, le tronc encéphalique, la moelle et le nerf optique. Toutes les combinaisons anatomiques se rencontrent et, par conséquent, chaque cas constitue une mosaïque de symptômes qui peut être très différente de celle qu'on trouve dans les autres observations. Il est donc impossible de dessiner un tableau clinique de l'affection valable pour tous les cas. Nous serons forcés d'établir d'abord le catalogue des divers symptômes rencontrés dans les observations publiées jusqu'ici et ensuite d'isoler quelques grands types cliniques particulièrement fréquents ou bien différenciés.

Les troubles psychiques

Le tableau qu'on rencontre le plus souvent est une déchéance intellectuelle progressive. S'il s'agit d'un enfant, il devient inattentif en classe, négligent, lent dans toutes les opérations de l'esprit ; chez l'adulte, c'est le ralentissement du psychisme qui frappe de prime abord. Le malade devient oublieux ;

après quelque temps, il est désorienté et finit par sombrer dans la confusion totale. En même temps, s'installe une apathie de plus en plus marquée, un désintérêt complet vis-à-vis de l'entourage. L'association de ces signes intellectuels et affectifs aboutit à une démence profonde avec état stuporeux, puis au coma.

D'autres symptômes psychiques peuvent se rencontrer ; ils sont beaucoup plus rares que la déchéance intellectuelle que nous venons de décrire. Dans les observations que nous avons dépouillées, on note, au point de vue de l'affectivité, la labilité de l'humeur (2 cas), l'euphorie ou la gaieté niaise (5 cas) ; la pleurnicherie (4 cas), l'anxiété (2 cas) ; l'irritabilité (4 cas). Dans 4 observations, le début de l'affection se marque par une période d'excitation, qui prend, dans le cas de Kogerer, le type de la manie ; par contre, chez le malade d'Urechia, Mihalescu et Ekeles, se manifestait un état mélancolique caractéristique : dépression, hypocondrie, idées d'indignité, refus des aliments.

On rencontre parfois aussi des états délirants : idées de grandeur dans l'observation de Ciampi, Foz et Cid ; idées de persécution dans les cas de Claude et Lhermitte et de Davison et Schick ; idées d'empoisonnement chez le premier malade de Shelden, Doyle et Kernohan ; délire paranoïde chez celui de Löwenberg et Fulstow. Les hallucinations sont rares : un état de confusion hallucinatoire est signalé dans un cas, des achoasmes dans 2 autres, des phantasmes chez un quatrième. Un véritable état hébéphréno-catatonique se rencontre chez le malade de Russkich et Krylov : impulsivité, négativisme, refus des aliments, actes immotivés, stéréotypies verbales, bonne orientation. Enfin le tableau de la démence sénile était réalisé chez un homme de 77 ans observé par Guttmann ; on trouvait ici la désorientation, l'euphorie, les paroles incohérentes, la fabulation, la persévération verbale et l'écholalie.

Les troubles moteurs

Dans la très grande majorité des observations, on trouve des signes pyramidaux importants. En règle générale, leur début se fait de façon insidieuse tantôt par une parésie légère du facial inférieur d'un côté, tantôt par la raideur ou la perte de force d'un membre ou d'une moitié du corps, tantôt enfin par de la fatigabilité à la marche. Progressivement, les trou-

bles se développent en intensité en même temps qu'ils croissent en étendue et aboutissent finalement à la constitution d'une triplégie ou d'une tétraplégie. Dans certains cas cependant, ils peuvent être très peu accentués, le malade de Russkich et Krylov n'a présenté qu'une hémiplégie passagère, celui d'Urechia, Mihalescu et Ekeles qu'une abolition des achilléens, des abdominaux et des crémastériens, d'autres enfin que de légers signes de spasticité au niveau des membres inférieurs.

Il est exceptionnel que le tableau moteur comporte une composante flasque ; encore est-elle, le plus souvent, passagère. Le premier malade de Collier et Greenfield présentait une paraplégie spastique associée à la flaccidité des membres supérieurs, le second développa d'abord une paraparésie flasque puis une tétraplégie spastique ; enfin, chez le malade de Schaltenbrand, une période d'hémiplégie flasque précéda la spasticité des quatre membres. Dans la règle donc, les troubles moteurs sont du type spasmodique, voire même du type hyperspasmodique; on note l'exagération des réflexes tendineux aux membres atteints, l'existence de clonus, l'abolition des abdominaux et des crémastériens, l'inversion du réflexe plantaire. Dans la seule observation d'Austregesilo, Galloti et Borges, est mentionnée l'existence de réflexes d'automatisme. Ce qui frappe dans beaucoup d'observations, c'est l'existence de contractures intenses ; dans quelques cas, les auteurs les désignent sous le nom de raideur généralisée sans donner plus de détails ; dans d'autres, il s'agit incontestablement de rigidité pyramidale; quelques malades présentaient, à une période avancée de la maladie, une rigidité en flexion des membres inférieurs ou des quatre membres ; enfin, on observe, chez certains, un tableau qui rappelle la rigidité de décérébration : opisthotonos, membres supérieurs en flexion, membres inférieurs étendus et croisés dans le second cas de Globus et Strauss et dans celui de Rochon-Duvignaud, Jumentié et Valière-Vialeix ; opisthotonos et quadriplégie spastique chez un malade de Collier et Greenfield, opisthotonos, bras et jambes en extension, doigts serrés sur les pouces dans le cas de Brock, Carroll et Stevenson.

Comme autres signes, on rencontre la déviation conjuguée de la tête et des yeux dans trois cas, l'atrophie des mains dans celui de Löwenburg et Fulstov.

Les épisodes convulsifs

Les crises épileptiques sont assez fréquentes dans l'encéphalite périaxiale diffuse ; on les note dans 29 observations. Elles se présentent sous la forme d'accès jacksoniens ou généralisés.

Les crises toniques sous-corticales s'observent également, mais avec une fréquence un peu moindre (15 cas). Elles consistent en une accentuation brutale de la rigidité, se produisant spontanément ou déclenchée par le moindre contact ou par les bruits du voisinage ; ces crises sont extrêmement douloureuses et arrachent des cris au malade.

Comme autres phénomènes paroxystiques, on note encore des accès de rire dans 4 observations, des accès de bâillements chez deux autres, enfin du rire ou du pleurer spasmodique chez trois malades.

Les troubles psycho-moteurs et gnosiques

L'atteinte fréquente du lobe frontal par le processus leucoencéphalitique entraîne, chez beaucoup de malades, la présence de dysarthrie, d'anarthie ou d'aphasie totale. L'aphasie de Wernicke est assez rare : elle n'est renseignée que par trois auteurs. Quant à l'aphasie amnésique, seul Walter en fait mention. On ne signale que très exceptionnellement des troubles alexiques et agraphiques ; peut-être n'ont-ils pas été recherchés systématiquement par tous. Enfin, l'apraxie existait chez 4 malades ; chez le second malade de Schilder, elle était localisée à la paupière supérieure.

Les troubles sensitifs

Les troubles sensitifs, si l'on excepte les céphalées dont nous parlerons plus loin, les troubles subjectifs de la sensibilité sont exceptionnels : on trouve de violentes douleurs de la jambe gauche dans l'observation de Matzdorff ; chez le malade de Schaltenbrand, il existait de fortes douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs que l'auteur rattache à une origine thalamique. Les paresthésies sont tout aussi rares : elles atteignaient une hémiface dans l'observation de Cassirer et Léwy, le thorax chez le malade de Coenen et Mir.

Les troubles sensitifs objectifs ne sont mentionnés que dans 12 cas : cela tient en partie au fait que les lobes pariétaux ne sont pas toujours atteints mais peut-être aussi, dans certains

cas, à l'état psychique du malade qui empêche une exploration valable. Quand ils existent, ces troubles adoptent en général le type de l'hémianesthésie ou de l'hémihypoesthésie ; dans un cas, ils étaient localisés aux membres inférieurs ; dans un autre, ils frappaient la partie droite de l'abdomen, la cuisse droite et la région externe des deux jambes ; dans deux cas enfin, ils se limitaient à des troubles du sens des attitudes et de la stéréognosie.

Les troubles cérébelleux et vestibulaires

Des signes cérébelleux et vestibulaires sont présents dans 24 observations. Il s'agit, dans la moitié des cas, d'incoordination au niveau des membres inférieurs ; dans quelques autres, on rencontre un hémisyndrome cérébelleux ; dans des cas plus rares d'ataxie localisée au niveau des membres supérieurs. Le signe de Romberg est présent dans sept observations.

On rencontre aussi, assez souvent, du nystagmus et du tremblement intentionnel. Mais la coexistence du nystagmus, du tremblement intentionnel et de la parole scandée n'est signalée que chez 4 malades.

Les troubles de l'appareil de la vision

Les troubles visuels représentent un des symptômes les plus importants de la maladie de Schilder-Foix ; le plus souvent, il s'agit d'une amblyopie unilatérale ou bilatérale qui s'accentue progressivement et aboutit à la cécité complète. Dans 4 cas, la cécité avait été précédée par une hémianopsie homonyme ; chez le malade de Stauffenberg, s'était d'abord produit un rétrécissement en quadrant du champ visuel à un œil avant que ne s'installe l'amaurose ; enfin, dans l'observation 1 de Scholz, il existait un scotome central pour les couleurs.

Si, exceptionnellement, les troubles visuels peuvent s'accompagner d'un aspect normal du fundus, on trouve le plus souvent des altérations papillaires diverses. Tantôt on remarque une pâleur anormale de la papille sur un de ses bords ou dans sa totalité, pâleur qui peut aller jusqu'à la couleur blanche de l'atrophie complète ; tantôt il s'agit d'une congestion anormale de la pupille ; tantôt, le cas n'est pas exceptionnel, l'examen ophtalmoscopique décèle une papille de stase caractéristi-

que, qui, d'ailleurs, ne s'accompagne presque jamais d'hémorragies rétiniennes.

Les parésies de la musculature externe de l'œil sont assez rares : on note la diplopie dans 5 observations, le ptosis dans 5 également, la parésie d'un droit interne dans 3 cas, celle d'un droit externe dans 4, la paralysie bilatérale de l'oculomoteur externe dans 2 ; enfin, on trouvait une parésie du regard latéral dans le cas de Kraus et Weil, une légère exophtalmie dans celui de Schaltenbrand, un hémispasme palpébral dans celui de Klarfeld.

Quant à la musculature intrinsèque, elle présente beaucoup plus souvent des anomalies : les auteurs signalent très fréquemment la mydriase et la lenteur ou l'abolition du réflexe photo-moteur ; ces troubles sont évidemment liés à la diminution de la vision.

L'anisocorie qui s'observe dans un assez grand nombre d'observations provient également de l'atteinte plus grande de l'acuité visuelle à un œil.

Les troubles auditifs et osmiques

Les troubles auditifs sont relativement fréquents : on les note dans 17 observations. Ils consistent en une diminution progressive de l'audition aboutissant généralement à la surdité complète. Cette surdité paraît bien être, dans tous les cas, d'origine centrale.

Quant aux troubles de l'odorat, ils existent d'un seul côté, chez le malade de Schaltenbrand et dans le second cas de Schilder: encore ici leur origine est-elle douteuse. Ils sont bilatéraux dans l'observation de Kraus et Weil. Signalons ici que le malade de Davison et Schiek se plaignait parfois de sentir une odeur d'éther.

Les autres nerfs craniens

L'atteinte des nerfs craniens, en dehors des nerfs oculaires, est assez rare ; seule, la paralysie faciale unilatérale apparaît avec une remarquable fréquence, mais elle est incontestablement d'origine centrale. A la période terminale de la maladie, on trouve des troubles importants de la déglutition dans 12 cas, des difficultés de la mastication dans 2.

En dehors de cela, on ne trouve plus que l'abolition des réflexes cornéens dans un cas, l'impossibilité de la protusion

de la langue dans un autre, la parésie unilatérale de l'hypoglosse dans 3 observations.

Les symptômes extrapyramidaux

Ces symptômes sont très rares ; dans 5 cas, on signale le caractère athétosique ou choréo-athétosique des mouvements. Le malade d'Urechia, Mihalescu et Ekeles présentait une attitude parkinsonienne.

Les signes d'hypertension intracranienne

La céphalée est signalée dans 25 observations; elle est, le plus souvent très violente, et dans la moitié des cas environ, s'accompagne de vomissements à type cérébral ; ces derniers n'apparaissent que rarement de façon isolée. Les vertiges sont beaucoup plus rares ; on les rencontre dans 4 cas seulement. Si nous ajoutons à ces symptômes la fréquence de la papille de stase et si nous considérons que les accès comitiaux et les troubles psychiques peuvent, dans certains cas, être des signes d'hypertension, on doit admettre que le syndrome d'hypertension intracranienne se présente dans la maladie de Schilder-Foix avec une grande fréquence.

Les troubles sphinctériens, termiques et trophiques

A une période plus ou moins avancée de la maladie, on voit habituellement se produire de l'incontinence des selles et des urines ; celle-ci avait été précédée par de la rétention urinaire dans le cas de Rossolimo ; Scholz signale des difficultés de la miction chez son second malade.

Les poussées thermiques sont assez fréquentes : on les rencontre dans 27 observations. Elles peuvent se produire selon 3 types différents entre lesquels d'ailleurs il existe des intermédiaires. Parfois, le début de la maladie est accompagné par une ascension fébrile plus ou moins marquée ; dans 3 cas, on note des poussées thermiques se produisant de façon irrégulière dans le cours de l'affection, et, dans l'observation de Bielschowsky, ces poussées étaient suivies chaque fois d'une recrudescence des phénomènes cérébraux ; enfin — et c'est là le cas le plus fréquent — à la période terminale de la maladie, se produit une ascension progressive de la température et le malade meurt en hyperthermie.

A la fin de la maladie, s'installent généralement des phéno-

mènes cachectiques. Les autres troubles trophiques sont rares ; les escarres ne sont mentionnées formellement que dans 4 observations.

Le liquide céphalo-rachidien

L'hypertension du liquide céphalo-rachidien est mentionnée dans 3 observations. Une pléocytose légère, allant de 3 à 15 éléments, était présentée dans 10 cas ; nous n'attribuons aucune valeur pour le sujet qui nous occupe à la leucocytose importante (372 éléments) dans le second cas de Schilder, la ponction ayant été faite alors que le malade était atteint de méningite purulente post-opératoire. L'albumine était légèrement augmentée chez 3 malades, les globulines chez 5. La réaction de Bordet-Wassermann est toujours négative. Quant au résultat des réactions colloïdales, il est rarement signalé ; la réaction de Lange était négative chez le malade d'Urechia ; la formule du benjoin colloïdal était 00000.13333.10000.0 dans le premier cas de Shelden, 11100.00000.00000.0 dans le second ; chez le malade de Pennacchi, la réaction au benjoin colloïdal était positive, toutes les autres réactions étant négatives.

L'examen radiographique

L'examen du crâne aux rayons X reste toujours négatif ; dans le second cas de Schilder cependant, on trouvait un approfondissement des empreintes digitales. Quant à la ventriculographie, elle n'a été pratiquée que deux fois ; dans le cas de Davison et Schick, elle décelait de l'hydrocéphalie interne ; dans le cas 1 de Shelden, Doyle et Kernohan, l'image ventriculaire était normale.

ÉVOLUTION, TERMINAISON, DURÉE

En règle assez générale, la marche de l'encéphalite périaxiale diffuse est régulièrement progressive. Les premiers symptômes s'installent de façon insidieuse ; leur intensité s'accroît en même temps que de nouveaux symptômes apparaissent. Dans une dizaine de cas cependant, l'affection évoluait par poussées qui rappelaient celles de la sclérose en plaques ; parfois, la maladie avance par sauts brusques, véritables ictus, comme dans le second cas de Ford et Bumstead. Enfin, il convient de mettre à part les cas du type Foix-Marie que nous

décrivons au paragraphe suivant. En dehors de ces cas, qui comportent un pronostic relativement favorable, l'affection se termine toujours par la mort : celle-ci est déterminée par la cachexie, la bronchopneumonie de déglutition, la pyélocystite ou l'infection des escarres. Dans de rares observations, elle se produit au cours d'un état de mal épileptique.

La durée de l'affection est très variable : si nous mettons à part la forme Foix-Marie, nous voyons le décès se produire entre les limites extrêmes de 4 jours (Globus et Strauss) à 13 ans (Kraus et Weil) ; cependant, le plus souvent, la maladie évolue en 3 mois à un an.

FORMES CLINIQUES

Nous l'avons déjà dit, le tableau symptomatique de l'encéphalite périaxiale diffuse est essentiellement variable ; on peut cependant distinguer quelques formes cliniques, en laissant de côté quelques observations qu'on ne peut faire entrer dans aucun de ces groupements. Nous donnerons de ces formes un schéma très bref :

1° Type Heubner-Schilder. Début insidieux, marche régulièrement progressive. Déchéance intellectuelle se marquant au début par l'apathie et la lenteur de l'idéation. Cécité et parfois surdité à marche plus ou moins rapides. Parésies localisées se développant en intensité et en étendue jusqu'à la production de triplégies ou de quadriplégie hyperpasmodique. Parfois épilepsie ou crises toniques sous-corticales.

2° Type Foix-Marie (sclérose centrolobaire symétrique). Apparition en quelques heures à quelques jours d'un syndrome moteur spasmo-paralytique plus ou moins massif, accompagné parfois d'accidents convulsifs et de cécité. Puis régression partielle, et enfin période indéfinie de séquelles avec persistance de contractures marquées.

3° Type polysclérotique. Evolution par poussées. Nystagmus, parole scandée, tremblement intentionnel. Abolition des abdominaux, parésies spastiques. Signes cérébelleux, pseudobulbaires et visuels. Evolution en 4 à 18 ans (cas Kraus et Weil ; Pennacchi).

4° Type pseudotumoral. Prédominance des signes d'hypertension intracranienne : céphalées intenses, vomissements, épilepsie, troubles psychiques, signes variables de localisation.

5° Type pseudoparalytique (Kaltenbach, Ciampi, Foz et

Cid). Etat démentiel, euphorie, tremblement, dysarthrie, signes pupillaires, exagération des réflexes, parfois clonus.

6° Type pseudocatatonique (Russkich et Krylov). A côté d'une hémiparésie passagère, impulsivité, négativisme, refus des aliments, stéréotypies verbales, pauvreté de la pensée, bonne orientation.

CHAPITRE II. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

EXAMEN MACROSCOPIQUE DU CERVEAU

En règle générale, le cerveau conserve extérieurement sa configuration normale. Dans quelques cas cependant, il est manifestement diminué de volume ; cette atrophie peut porter sur la totalité de l'organe (cas 1 de Collier et Greenfield ; cas 2 de Scholz ; malades de Walter ; de Barré, Morin, Draganesco et Reys ; cas 2 de Schröder) ; chez certains malades, elle frappe exclusivement le cerveau frontal (Schaltenbrand ; Ciampi, Foz et Cid) ou les lobes pariéto-occipitaux (Brock, Carroll et Stevenson).

Les méninges ne sont généralement pas altérées. Cependant on trouvait de la pachyméningite hémorragique chez le second malade de Schröder, des opacités méningées dans les cas de Canavan et de Kaltenbach. L'hyperémie ou l'œdème des méninges sont signalés dans 7 autres observations ; l'hydrocéphalie externe dans un nombre égal de cas.

La consistance du cerveau est variable : elle est renseignée par certains auteurs comme ferme ou même comme analogue à celle du caoutchouc ou du cuir ; dans d'autres cas, elle est diminuée, gélatineuse : le cerveau du malade de Hermel était devenu tellement friable qu'il tombait en morceaux dans les mains. Cette consistance n'est d'ailleurs pas toujours uniforme : la substance cérébrale était dure au pourtour et spongieuse au centre dans le cas 2 de Scholtz ; dure à la pointe du lobe temporal gauche, friable dans le restant des lobes temporal et pariétal chez le malade de Divry, Christophe et Moreau ; gélatineuse par endroits dans le cerveau étudié par Cœnen et Mir.

Sur les coupes du cerveau, on voit dans la substance blanche de grands foyers de coloration variée : grisâtre, gris rougeâtre, gris jaunâtre, rosée ou brun pâle. Ces foyers présentent parfois au centre un aspect kystique spongieux. Ils occu-

pent la substance blanche profonde et souvent s'insinuent dans l'axe blanc des circonvolutions : dans la plus grande majorité des cas, ils apparaissent séparés du cortex par une mince bande de susbtance blanche intacte. Le plus souvent, ces foyers se rencontrent symétriquement dans les deux hémisphères : parfois cependant, un de ceux-ci est plus atteint que l'autre. Dans quelques observations même, un seul hémisphère est atteint : le fait est signalé dans les cas de Cassirer et Léwy ; de Divry, Christophe et Moreau ; de Kramer et Henneberg ; de Redlich et enfin chez le malade de Marinesco où un grand foyer du type Schilder compliquait une neuromyélite optique. Si chaque hémisphère contient en général un foyer unique, il existe dans la littérature 7 observations où les lésions sont constituées par des foyers séparés et plusieurs autres où, à côté d'une plage étendue de destruction, on rencontre quelques petites plaques disséminées.

La répartition des lésions est assez variable : le lobe occipital est le plus souvent entrepris et ses lésions peuvent s'étendre dans les lobes pariétal ou temporal et même envahir les circonvolutions motrices ; dans d'autres cas, encore relativement fréquents, c'est le cerveau frontal qui est le plus atteint et le processus morbide diffuse plus ou moins vers l'arrière ; dans des cas plus rares, la lésion envahit tout le cerveau ou bien se limite aux circonvolutions temporo-pariétales. Le corps calleux est très fréquemment envahi par le foyer, souvent aussi la capsule interne et les noyaux gris de la base, en particulier le noyau caudé et le thalamus.

Il existe très fréquemment un certain degré de dilatation ventriculaire.

On peut encore trouver des lésions dans d'autres parties du névraxe, nous les étudierons plus loin.

ETUDE HISTOLOGIQUE

Les fibres nerveuses

Les colorations myéliniques sur grandes coupes précisent les dimensions et les caractères du foyer ; celui-ci consiste en une démyélinisation étendue de la substance blanche. Il s'arrête en général de façon abrupte en deçà des fibres en U. Par contre, vers le centre ovale, la séparation du tissu sain et du tissu malade est rarement aussi nette : le bord du foyer est

plus ou moins dentelé ou festonné et la démyélinisation se dégrade de plus en plus pour arriver au parenchyme intact.

Dans de rares cas (Balo, Barré, Morin, Draganesco et Reys, Marburg, Spatz), l'atteinte des gaines de myéline revêt un aspect particulier. Le foyer est constitué par des stries concentriques et alternantes de myéline intacte et de myéline détruite ; dans les stries encore pourvues de myéline, celle-ci est conservée en totalité à la partie externe, mais va en diminuant au fur et à mesure qu'elle s'approche de la raie démyélinisée qui longe le bord interne. A cette forme particulière, Balo a donné le nom d' « encéphalite périaxiale concentrique ».

Le microscope permet assez souvent de constater que la destruction de la myéline n'est pas aussi totale que l'aspect des grandes coupes pourrait le faire croire. On trouve en effet sur les bords du foyer de nombreuses gaines encore colorées ; certaines mêmes peuvent traverser la zone de démyélinisation sans interruption. Mais en général ces gaines présentent des altérations régressives : elles sont amincies ou gonflées, prennent très peu la matière colorante ou encore se fragmentent en blocs qui sont repris par les myélophages.

Quant aux cylindraxes, ils sont en général mieux conservés que la myéline. Dans tous les cas cependant, ils sont plus ou moins raréfiés, souvent même détruits au centre du foyer. Ceux qui persistent n'en sont pas moins, dans la plupart des cas, lésés à un degré variable : ils sont souvent fragmentés, amincis ou spiralés, ou encore présentent des renflements variqueux ou des boules terminales.

La Névroglie

Les lésions des fibres nerveuses sont toujours accompagnées de multiplication et d'hypertrophie des éléments névrogliques. Dans quelques observations même (Globus et Strauss, Steiner), on signale l'existence de division cellulaire à leur charge ; dans les cas de blastomatose, les cinèses peuvent être particulièrement abondantes et se faire par mitose ou par amitose (Matzdorff).

Dans presque toutes les observations, on signale l'énorme abondance des cellules granuleuses. Celles-ci occupent toute l'étendue du foyer, ou bien se localisent uniquement dans la zone la plus externe. Souvent aussi, on en trouve en amas dans les espaces périvasculaires.

Les astrocytes sont en général nombreux ; ils prennent souvent des dimensions très considérables. Leur protoplasme est parfois vacuolisé ou rempli de graisse. On rencontre dans un certain nombre de cas, aux endroits où le processus morbide est encore en pleine évolution, des cellules géantes particulières : ce sont les « gemästete Gliazellen » des auteurs allemands, « globoïd cells » de Collier et Greenfield, « cellules pseudogliomateuses » de Foix et J. Marie. Ces éléments sont assez volumineux (25 à 30 microns) ; ils sont arrondis ou ovalaires avec un contour plus ou moins irrégulier ; leur protoplasme est très abondant, homogène ou granuleux, parfois vacuolisé. A leur périphérie, on trouve un ou plusieurs noyaux arrondis ou irréguliers. La plupart des auteurs signalent que ces éléments sont pourvus de prolongements et interviennent dans la gliose fibrillaire ; seuls, Collier et Greenfield nient la présence de fibres névrogliques dans ces éléments et considèrent les « globoïd cells » comme particulières à l'encéphalite périaxiale diffuse. Cette manière de voir est inexacte ; Barré, Morin, Draganesco et Reys montrent la parenté de ces éléments avec les cellules géantes de la sclérose tubéreuse et de la maladie de Westphal-Strümpell, et Spielmeyer signale qu'on peut les rencontrer dans l'idiotie amaurotique, dans les cicatrices de lésions artério-scléreuses et en général dans les territoires où le parenchyme nerveux a été détruit profondément sur une étendue plus ou moins restreinte.

La microglie et l'oligodendroglie se multiplient et s'hypertrophient également. La première se présente souvent sous le type de cellules en bâtonnets. Quant à la seconde, elle présente dans quelques observations des altérations régressives du type du « gonflement aigu » et de la dégénération mucocytaire.

La réaction de la névroglie fibrillaire est assez variable suivant les cas. Dans beaucoup d'observations, on note qu'elle a construit un feutrage névroglique très serré, surtout dans la zone centrale du foyer, elle est surtout intense dans la sclérose centrolobaire de Foix et J. Marie. Dans d'autres, au contraire, la gliose est intense à la périphérie, tandis que le cœur du foyer est occupé par un réseau glial à mailles larges, donnant au tissu un aspect poreux ou kystique. On trouve d'ailleurs de véritables kystes paraventriculaires dans les cerveaux étudiés par Bouman et par Rossolimo, des formations kystiques dans la région calcarine chez les malades de Barré, Morin, Draganesco et Reys.

Les vaisseaux

En général, les vaisseaux sont en nombre normal dans le foyer : on signale cependant leur prolifération dans quelques rares cas et Schilder signale dans sa première observation l'existence d'éperons vasculaires et de néoformation.

L'aspect des tuniques est assez souvent normal : il existe pourtant des cas où l'on observe un épaississement de l'adventice. Dans trois observations, on signale la dégénération hyaline des parois et dans le cas de Löwenberg et Fulstow, les tuniques étaient transformées en une masse amorphe et transparente.

L'œdème des espaces périvasculaires se rencontre assez rarement.

Très souvent se produisent des infiltrations périvasculaires : dans le foyer même, elles sont constituées le plus souvent par des cellules granuleuses, des noyaux névrogliques en pycnose et parfois par un petit nombre de lymphocytes et de plasmocytes.

Au voisinage du foyer et parfois même à distance dans la substance blanche et dans le cortex, on peut voir, dans un assez grand nombre de cas, des infiltrations uniquement constituées par des lymphocytes, des plasmocytes et exceptionnellement des Mastzellen.

Enfin, la prolifération du tissu conjonctif périvasculaire se rencontre dans 12 cas ; elle est parfois discrète, parfois intense. D'après Schaltenbrand, le mésenchyme ne prendrait part à la cicatrisation que lorsque les astrocytes ont quitté le tissu.

Les hémorragies ne se rencontrent que dans 4 cas ; dans les cas de Braun et le cas 1 de Schrœder, il s'agit d'extravasations au niveau des capillaires ; dans le cas de Schaltenbrand, on trouve une hémorragie avec dépôt d'hémosidérine dans l'avant-mur ; chez le malade de Divry, Christophe et Moreau, il existait de nombreuses hémorragies microscopiques dans la substance blanche sous-corticale.

Les produits de désintégration

On trouve très souvent une abondance de granules graisseux dans le parenchyme, à l'intérieur des corps granuleux ou bien dans les espaces périvasculaires.

Dans les cas où les oligodendrocytes sont en voie de dégé-

nération, le mucus se déverse dans le tissu et y forme des plages plus ou moins étendues.

Mais on peut rencontrer aussi des produits de désintégration particuliers, dont l'identité est impossible à établir : dans la forme familiale juvénile (Scholz, Bielschowsky et Henneberg), les graisses libres dans le tissu ou incluses dans les corps granuleux se colorent en jaune orangé par le Soudan et ne prennent la coloration rouge que lorsqu'elles sont parvenues dans les espaces périvasculaires ; ces corps gras ont reçu de divers auteurs le nom de « prélipoïdes ». Dans le cas de Kaltenbach, le parenchyme contenait des dépôts de substance colorable en rouge bleuâtre par le bleu de toluidine ; dans celui de Löwenberg et Fulstow, on trouvait des produits de désintégration qui prenaient une teinte verdâtre au bleu de toluidine, une couleur rouge ou jaune au Mallory.

Dans les cas de Barré et de Guttmann, les réactions du fer étaient positives ; on trouvait un foyer calcifié chez le malade de Guttmann.

Les lésions du cortex et des noyaux gris-centraux

Dans quelques cas, les foyers de la substance blanche mordent sur le cortex et y déterminent des altérations du même genre que celles qu'ils produisent dans le centre ovale ; les lésions peuvent gagner ainsi jusqu'à la 2e couche. Mais si, dans la majorité des cas, l'atteinte corticale ne se manifeste pas au simple examen macroscopique, on n'en rencontre pas moins, dans un assez grand nombre d'observations, des lésions discrètes de la susbtance grise.

C'est ainsi que les fibres radiées peuvent être plus ou moins clairsemées, comme c'est le cas dans les observations 2 de Scholtz et 1 de Krabbe. Souvent aussi apparaissent des altérations cellulaires. L'architectonique n'est en général pas troublée mais on note souvent dans les 5e et 6e couches une raréfaction des cellules ou des lésions diverses : tigrolyse (Bouman, Claude et Lhermitte, Cœnen et Mir, Flatau),ratatinement (Collier et Greenfield) ou bien ces altérations que Nissl a désignées sous le nom d' « akute Schwellung » (Botzian et Reusner) ou de « schwere Zellerkrankung » (Bielschowsky, Hermel).

On trouve parfois aussi une prolifération cellulaire gliale plus ou moins marquée, de la gliose marginale (cas 1 de Krabbe), la prolifération de la glie périvasculaire (Bielschow-

sky), de la microgliose au voisinage de la substance blanche (Austregesilo, Galloti et Borges).

Enfin les infiltrations périvasculaires sont assez fréquentes. Les mêmes lésions peuvent se produire à charge des noyaux gris centraux : ces derniers sont, nous l'avons dit, souvent compris dans les grands foyers.

Les lésions méningées et épendymaires

Les méninges sont en général intactes ; cependant, elles peuvent être infiltrées par des lymphocytes associés à des corps granuleux (Schilder, Schaltenbrand, Urechia, Mihalescu et Ekeles, Marcus) ou à des macrophages (Bielschowsky).

Dans l'observation 1 de Shröder, on trouvait de la leptoméningite fibreuse chronique ; dans celle de Löwenberg et Fulstow, les vaisseaux méningés avaient subi une dégénération hyaline.

Les lésions épendymaires constituent une remarquable exception ; on signale uniquement de l'épendymite granulaire (cas 1 de Schröder), la présence de graisse dans les cellules (Davison et Schick) l'épaississement du réseau glial périventriculaire (Barré, Morin, Draganesco et Reys).

Les lésions extracérébrales

L'encéphalite périaxiale diffuse peut atteindre également le cervelet et y produire des lésions étendues analogues à celles du cerveau (9 observations) ou bien de petits foyers disséminés (3 observations).

On a signalé également la présence de zones de démyélinisation dans les pédoncules cérébelleux (Cœnen et Mir ; cas 3 de Stewart-Collier et Greenfield).

Dans le tronc cérébral, les lésions sont du même ordre : on y rencontre parfois de petits foyers disséminés (Jakob, Davison et Schick, Urechia, Mihalescu et Ekeles, Kraus et Weil) ou isolés (Cœnen et Mir, D'Antona, Schupfer) qui peuvent présenter un aspect typique de plaques de sclérose (cas 1 de Bouman, Rossolimo). Dans deux autres cas (Gagel, observation 2 de Stewart, Greenfield et Blandy), la calotte pontopédonculaire est le siège d'une démyélinisation diffuse. Enfin, on peut rencontrer de grands foyers analogues à ceux du cerveau dans le bulbe (Kramer et Henneberg) ou dans la protubérance et le pont (Siemerling et Creutzfeldt).

Il faut mentionner à part le cas d' « encéphalités ponti et cerebelli » de Redlich où l'on ne trouvait pas de lésion cérébrale, mais où un grand foyer du type Schilder occupait une partie du cervelet et s'étendait le long des pédoncules cérébelleux supérieurs jusque dans la protubérance et le bulbe.

Dans la moelle, ce qui frappe dans la plupart des cas, c'est la dégénération des faisceaux pyramidaux ; on y a trouvé aussi dans deux cas une dégénération des faisceaux de Goll et de Burdach (Kraus et Weil, Schupfer). On peut y rencontrer aussi de petits foyers disséminés (Jakob) qui peuvent être identiques à ceux de la sclérose en plaques. Dans le cas de Pennacchi, il existait des altérations diffuses de la névroglie avec raréfaction des cellules ganglionnaires ; dans le cas 1 de Krabbe, la substance blanche médullaire était fortement atteinte, et chez le premier malade de Schröder, la moelle cervicale présentait les mêmes lésions que le cerveau.

Quant aux nerfs optiques et au chiasme, ils peuvent être le siège d'une démyélinisation diffuse avec raréfaction des cylindraxes (Beneke, Davison et Schick, cas 1 de Krabbe, Bielschowsky et Henneberg) ou de foyers circonscrits (D'Antona, Stauffenberg).

SYSTÉMATISATION DES LÉSIONS MICROSCOPIQUES

Foix et J. Marie distinguent avec raison leurs cas de ceux qui ont été observés par les autres auteurs, non seulement au point de vue clinique, mais encore au point de vue anatomique : nous conservons ici cette distinction.

L'encéphalite périaxiale diffuse de Schilder

En règle générale, on peut distinguer aux foyers leucoencéphalitiques deux parties : une zone externe d'accroissement, une zone interne ou de cicatrisation.

Dans la zone externe, les lésions se présentent schématiquement de la manière suivante : gaines de myéline fortement raréfiées et présentant des modifications régressives : cylindraxes assez bien conservés mais plus ou mons altérés ; prolifération névroglique portant surtout sur les cellules (corps granuleux, gemästete Gliazellen, cellules en bâtonnet, parfois, oligodendroglie en voie de dégénération mucocytaire) ; gliose fibrillaire peu intense ; vaisseaux infiltrés surtout par des corps granuleux ; graisse en abondance.

Zone interne : myéline totalement disparue ; diminution importante ou destruction complète des cylindraxes ; astrocytes fibrillaires ; réparation gliale intense ou lacunaire ; parfois prolifération du conjonctif vasculaire.

Au voisinage des foyers, infiltrations périvasculaires à lymphocytes et à plasmocytes, prolifération gliale diffuse.

La sclérose cérébrale centrolobaire de Foix-Marie

Ici, les lésions sont avant tout cicatricielles : atrophie cicatricielle de la substance blanche entraînant parfois un aspect de « sclérose linéaire » ou de « suture du cortex » dans les axes blancs des circonvolutions ; myéline détruite sauf de minces pinceaux de fibres à la périphérie ; cylindraxes plus ou moins conservés ; gliose fibrillaire extrêmement serrée ; cellules névrogliques des 3 types en nombre assez grand, mais sans altérations ; multiplication apparente des axes conjonctivo-vasculaires.

Il convient encore d'isoler, en raison de différences anatomiques l'encéphalite périaxiale concentrique, dont nous avons déjà parlé, et la maladie de Pélizaeus-Merzbacher, ainsi que les formes blastomateuses qui seront étudiées plus loin.

CHAPITRE III. — DONNÉES ÉTIOLOGIQUES

On doit, selon divers auteurs, subdiviser les cas d'encéphalite périaxiale diffuse en trois grands types : la forme inflammatoire, la forme dégénérative et la forme blastomateuse. Cette manière de voir nous paraît très acceptable, mais nous ne pouvons admettre les bases de cette classification. On ne peut valablement, comme le veulent les auteurs précités, se fonder sur la présence ou l'absence des infiltrations périvasculaires pour séparer les deux premiers types. Il est de science commune qu'on voit fréquemment, à la périphérie des gliomes ou des ramollissements, des vaisseaux entourés d'un manchon de lymphocytes : c'est l'inflammation « réactive » ou « symptomatique » des auteurs allemands.

D'autre part, Meyer a trouvé des infiltrations analogues dans les lésions dégénératives de la substance blanche provoquées par le gaz d'éclairage. Enfin, Wohlwill a fait l'autopsie de deux cas d'encéphalomyélite post-morbilleuse et a rencontré dans l'un des infiltrations périvasculaires qui fai-

saient défaut dans l'autre. Pouvait-on pour cela dire qu'un des cas était dégénératif et l'autre inflammatoire ?

Au surplus, cette classification est trop peu explicite pour nous satisfaire pleinement. Il y a inflammation sans doute dans certains cas, mais de quelle origine ? Et les formes dégénératives sont-elles d'origine toxique, abiotrophique ou autre ? Autant de problèmes dont nous devons chercher la solution. A vrai dire, elle n'est pas aisée à découvrir et nous trouverons plus d'indications que de certitudes. Nous étudierons donc successivement les rapports de l'encéphalite périaxiale diffuse :

1° avec diverses affections inflammatoires du névraxe ;
2° avec certaines infections générales ;
3° avec quelques maladies toxiques, dyscrasiques ou endocriniennes ;
4° avec les traumatismes ;
5° nous aborderons ensuite les formes familiales et
6° les formes blastomateuses ;
7° enfin nous chercherons quelques indications dans la pathologie comparée.

RAPPORTS AVEC CERTAINS ÉTATS INFLAMMATOIRES DU NÉVRAXE

La Sclérose en Plaques.

La grande ressemblance qui existe entre le tableau histologique de la sclérose en plaques et celui de la maladie de Schilder-Foix a amené plusieurs auteurs à envisager la question de la parenté des deux affections. Les uns penchent pour l'identité des deux processus, la plupart rejettent cette opinion en se basant sur des divergences cliniques ou anatomiques plus ou moins nettes. A notre avis, les uns et les autres ont mal posé le problème. Ils ont opposé à l'entité morbide que constitue la sclérose en plaques un simple syndrome anatomo-clinique, l'encéphalite périaxiale diffuse. Celle-ci en effet, comme nous le verrons dans la suite de cette étude, peut être la résultante d'états pathologiques très divers. Il est plus intéressant et plus logique, croyons-nous, de chercher parmi les cas publiés s'il ne s'en présente point que l'on doive rattacher à la sclérose en plaques.

Mais cette recherche ne peut être faite valablement que lorsqu'on aura apprécié l'importance relative des ressemblances ou des différences mises en avant par les auteurs.

Schilder (158) avait émis l'hypothèse que la maladie qui porte son nom serait la forme infantile de la sclérose en plaques ; cette opinion paraît trop étriquée à l'heure actuelle puisque nous connaissons une série de cas où l'affection a frappé des adultes. Cependant Kufs (100) reprend l'opinion de Schilder : l'encéphalite périaxiale diffuse représenterait le type infantile de prédilection de la sclérose en plaques parce que l'individu très jeune présenterait une hypersensibilité particulière vis-à-vis de l'agent nocif. Par ailleurs, les deux maladies surviennent très fréquemment entre 20 et 40 ans ; toutes deux sont très rares après 60 ans.

Quelques auteurs opposent les deux maladies en se basant sur leur évolution différente : la sclérose en plaques évolue par poussées tandis que l'encéphalite périaxiale diffuse suit une marche régulièrement progressive. Ce dernier point n'est pas tout à fait exact : on trouve une évolution par poussées dans les cas d'Austregesilo, Galloti et Borges, de Bielschowsky, de Ciampi, Foz et Cid, de Claude et Lhermitte, de Ford et Bumstead (cas 2), de Globus et Strauss (cas 1), de Kraus et Weil, de Pennacchi, de Rossolimo, de Schupfer. Chez le premier malade de Shelden, Doyle et Kernohan, les signes visuels ont présenté des rémissions suivies d'aggravations. Dans la sclérose en plaques, aiguë d'ailleurs, il faut souvent pratiquer un examen minutieux pour déceler les variations discrètes de la symptomatologie (Cournand).

Du point de vue clinique, on a relevé la fréquence de la surdité dans la maladie de Schilder-Foix, sa rareté dans la sclérose en plaques. C'est là, faire un signe pathognomonique d'un symptôme inconstant.

Le répertoire anatomique fournit matière à d'autres objections. On oppose les grands foyers mal délimités de la maladie de Schilder-Foix aux plaques multiples « coupées au rasoir » de la sclérose-multiloculaire. Encore une fois, affirmation trop absolue ! Une série de leuco-encéphalitiques montraient à l'autopsie, à côté des grands foyers, des plaques plus petites et, qui, parfois d'après les auteurs eux-mêmes, étaient identiques à celles de la sclérose multiple. On en trouve ainsi : dans des régions du cerveau épargnées par les grands foyers (Braun, Jakob, Shelden, Doyle et Kernohan, Siemerling et Creutzfeldt) ; dans le tronc cérébral (Bouman, cas 1 ; Cœnen et Mir, Rossolimo, Stewart, Greenfield et Blandy, cas 2) ; dans la moelle (Beneke, Haberfeld et Spieler) ; dans le cervelet (Ciampi, Foz et Cid, Kaltenbach, Schilder, cas 3) ; dans le nerf optique

(Gagel, Stauffenberg, Stewart, Greenfield et Blandy, cas 3) les rencontrent à la fois dans le cerveau, le pédoncule cérébelleux moyen et la moelle ; Kraus et Weil dans la protubérance, le bulbe et les pédoncules cérébelleux ; Davison et Schick dans le pont et le nerf optique.

Il est exact, par surcroît, de considérer les plaques de sclérose comme des foyers figés dans leurs dimensions premières et incapables d'accroissement ? Certainement, non : Guillain (68) fait remarquer qu'en dehors des plaques il existe des altérations nettes et plus ou moins diffuses du parenchyme nerveux et Steiner a trouvé souvent entre les plaques des zones de transition constituées par des « foyers d'ombres myéliniques » (Markschattenherde) ; Kufs (100) et Gans (58, 59) ont d'ailleurs rapporté chacun un cas où un foyer de sclérose parti de la paroi ventriculaire envahissait profondément le centre ovale et même, dans l'observation du second, franchissait le corps calleux et s'enfonçait dans l'hémisphère opposé ; dans les deux cas, la démyélinisation se dégradait progressivement à mesure que l'on s'écartait du ventricule; dans les deux cas encore, on trouvait à côté du grand foyer des plaques absolument typiques. Ces deux observations sont bien difficiles à classer. On ne peut certes les ranger sans appréhension dans le cadre de la sclérose multiloculaire ; si, d'autre part, on les considère comme des encéphalites périaxiales diffuses, on porte un corps sérieux à l'objection la plus forte à notre avis, de ceux qui nient la parenté des deux affections : l'atteinte constante de la paroi ventriculaire dans la sclérose en plaques, son intégrité dans la maladie de Schilder-Foix.

Faut-il attribuer plus d'importance au fait que les maladies leuco-encéphalitiques respecteraient le cortex, tandis que la sclérose en plaques l'atteindrait fréquemment ? Pas davantage. L'atteinte corticale n'est pas tellement rare dans l'encéphalite périaxiale ; lorsqu'elle se produit, elle est due au fait que la lésion du centre ovale diffuse sur l'écorce. Que se passe-t-il d'autre dans la sclérose en plaques ? Ici, les plaques corticales pures sont extrêmement rares et quand le cortex est touché, c'est par une lésion à cheval sur la substance blanche et la substance grise.

On a signalé encore une série de différences histopathologiques. Dans la sclérose en plaques, les cylindraxes sont mieux conservés et, par suite, on ne rencontre pas de dégénérations secondaires. Mais dans les leuco-encéphalites, on peut rencontrer tous les degrés de lésions axoniques depuis une diminu-

tion minime de leur nombre jusqu'à la fonte axo-myélinique complète ; et dans les scléroses multiloculaires, on trouve souvent une raréfaction modérée des cylindraxes, parfois la destruction d'un très grand nombre d'entre eux et souvent, dans les vieux foyers, des altérations diverses à leur charge.

Dans les deux affections, la réaction gliale serait différente : elle se caractériserait dans la sclérose en plaques par le nombre moindre des corps granuleux, par l'absence de formes cellulaires atypiques, par l'intensité plus grande de la gliose fibrillaire. Faut-il donc rappeler que si les corps granuleux sont rares dans les formes chroniques de la sclérose multiple, ils sont en général assez abondants dans les formes aiguës et dans les foyers récents ; et que si les foyers leuco-encéphalitiques sont riches en corps granuleux, ces derniers se localisent le plus souvent à la périphérie du foyer ; or, cette zone est, au point de vue anatomique, l'équivalent d'une plaque récente de sclérose. Quant aux « geästete Gliazellen », on ne les trouve pas dans tous les cas d'encéphalite périaxiale diffuse. Enfin, si dans beaucoup de cas de maladie de Schilder-Foix, la pauvreté de la gliose réparatrice donne au tissu un aspect poreux ou kystique, dans un certain nombre d'autres, le centre du foyer est occupé par une trame névroglique très serrée ; c'est le cas en particulier dans les observations de Marie et Foix.

Quant à l'absence de la réaction mésenchymateuse dans la sclérose en plaques, elle ne peut servir de caractère différentiel absolu puisqu'elle manque aussi bien dans beaucoup de cas d'encéphalite périaxiale diffuse.

Si, d'ailleurs, on étudie en bloc les variations histologiques signalées plus haut, on se rend compte qu'elles sont plus question de quantité que de qualité. Dès lors, ne pourrait-on, sans dépasser les limites permises, admettre l'hypothèse suivante ? Dans certains cas, l'agent causal de la sclérose en plaques, par suite d'une exaltation de sa virulence propre ou d'une disposition particulière du terrain, peut déterminer des lésions plus étendues et plus profondes. Ceci expliquerait l'atteinte plus intense des cylindraxes et les dégénérations secondaires ; l'intensité particulière des phénomènes de désintégration et par suite la mobilisation d'un nombre plus grand de corps granuleux ; la paralysie de la réaction fibrillaire gliale ; enfin, la nécessité d'une intervention du mésenchyme dans le processus de cicatrisation si, comme le veut Schaltenbrand (156), le conjonctif vasculaire n'intervient pas dans le foyer tant que des astrocytes sains y sont présents.

Il nous paraît donc bien établi que les auteurs n'ont pu élever une véritable barrière entre la maladie de Schilder-Foix et la sclérose en plaques. A cet argument d'ordre négatif, joignons-en un autre, positif celui-là : c'est l'existence dans la littérature de deux cas où la parenté avec la sclérose en plaques ne peut faire aucun doute. Voici le résumé de ces deux observations :

1) *Kraus et Weil (96) :* Homme de 34 ans. Evolution de la maladie par poussées. Durée, 13 ans. Nystagmus, tremblement intentionnel, parole scandée. Abolition des abdominaux, paraplégie spastique, hémianalgésie gauche, ataxie, troubles de la motilité oculaire. Au point de vue anatomique, grands foyers prédominant dans les lobes frontaux et occipitaux avec conservation des fibres en U, cortex intact; foyers dans la protubérance, le bulbe et le cervelet. Myéline détruite ; cylindraxes bien conservés ; présence de corps granuleux et d'astrocytes fibrillaires géants ; pas de cellules névrogliques anormales ; dégénération mucoïde ; gliose réparatrice très intense ; légère participation mésenchymateuse.

2) *Pennacchi (141) :* Homme de 37 ans. Evolution par poussées. Durée, 4 ans et demi. Nystagmus, parole scandée, tremblement intentionnel. Abolition des abdominaux, paraparésie spastique, rire spasmodique, légère décoloration de la papille, apathie. Dans le liquide lombaire, benjoin colloïdal positif, les autres réactions restant négatives. A l'autopsie, grosse démyélinisation du centre ovale ; démyélinisation diffuse du tronc encéphalique, de la moelle et du cervelet. Cylindraxes rares et épaissis ; astrocytes géants ; gliose par de la graisse ; dans le cortex et la moelle, altérations des cellules ganglionnaires.

Ces deux cas se présentent au point de vue clinique et histopathologique de telle sorte qu'on est amené invinciblement à les rattacher à la sclérose en plaques ; il est bien évident que tous les cas d'encéphalite périaxiale diffuse ne réalisant pas les mêmes conditions et nous sommes ainsi amenés à chercher si cette maladie ne présente pas des rapports étroits avec d'autres affections.

L'encéphalomyélite disséminée

On discute encore à l'heure actuelle la question de savoir si l'on doit incorporer à la sclérose en plaques les cas d'encéphalomyélite disséminée et de neuromyélite optique. Cette

question est trop éloignée de l'objet de ce rapport pour être traitée. Le fait qu'elles sont envisagées à part ne constitue pas une prise de position, mais une simple clause de style.

Les auteurs (3, 42, 45, 67, 80, 95, 149) qui ont étudié l'encéphalomyélite disséminée lui assignent comme caractères cliniques : le début brutal et le développement aigu des foyers isolés ; l'importance des phénomènes initiaux du côté du cerveau ; la possibilité d'une période fébrile en début ; enfin, dans certains cas, la guérison totale, et, dans d'autres, la régression jusqu'à un point à partir duquel le tableau clinique reste échangé. Au point de vue anatomique, elle se caractériserait par le respect fréquent de la paroi ventriculaire ; la démyélinisation en foyers avec atteinte parallèle ou moindre des cylindraxes ; l'existence de nombreux corps granuleux et de cellules de néoformation ; la prédominance de la gliose cellulaire sur la gliose fibrillaire ; enfin, la mobilisation fréquente du conjonctif vasculaire.

Les caractères histologiques sont, comme on le voit, ceux qu'on rencontre le plus communément dans l'encéphalite périaxiale diffuse. On pourrait sans doute, comme pour la sclérose en plaques, objecter la dissémination des lésions ; mais dans le cas d'encéphalomyélite, observé par Kramer et Henneberg, on rencontrait uniquement un grand foyer dans l'hémisphère droit, un autre dans le bulbe, tandis que dans celui d'Anton et Wohlwill les foyers confluaient, respectant le cortex et les fibres en U ; les deux cas sont d'ailleurs inscrits par certains auteurs à l'avoir de la maladie de Schilder-Foix.

Quant au début brutal, on le rencontre dans les observations de d'Antona, de Jakob, de Ford et Bumstead. On pourrait citer aussi les cas rapportés par Foix et ses collaborateurs ; ici encore début brusque et, deuxième analogie, régression suivie d'une période de séquelles. Mais dans la sclérose cérébrale centrolobaire, les lésions plaident nettement contre l'hypothèse d'une encéphalomyélite disséminée.

La Neuro-myélite optique

La neuro-myélite optique se caractérise essentiellement, comme on le sait, par un ramollissement étendu de la moelle avec atteinte massive de la myéline et des cylindraxes, présence de corps granuleux, minime tendance à la réparation gliale, ce qui aboutit parfois à la formation d'une véritable bouillie médullaire ou à l'apparition de lacunes dans le tissu ;

par la présence de foyers nécrotiques dans le nerf optique et parfois dans la région sous-thalamique et le tronc cérébral.

Dans le cas observé par lui, Beck (7) avait conclu à une parenté avec la maladie de Schilder-Foix parce que la démyélinisation diffuse, qui portait sur 14 segments médullaires, s'accompagnait d'une raréfaction moindre des cylindraxes, d'infiltrations lymphoplasmocytaires des vaisseaux, d'une importante réaction cellulaire gliale sans gliose fibrillaire réparatrice. L'auteur anglais considérait ces lésions comme identiques à celles qu'on trouvait dans les cas d'encéphalite périaxiale observés par Stewart, Greenfield et Blandy.

D'autre part, Marinesco, Draganesco, Sager et Grigoresco (122) trouvaient à l'autopsie de leur malade, outre la myélomalacie et les lésions de démyélinisation du nerf optique, un grand foyer dans la substance blanche de l'hémisphère cérébral gauche. Ce foyer respectait les fibres en U ; les lésions consistaient, à la périphérie, en une démyélinisation totale avec raréfaction et altérations des cylindraxes, présence de corps granuleux, de nombreux astrocytes et de cellules géantes, infiltration des gaines vasculaires par des lymphocytes ; le centre du foyer offrait à la vue une destruction plus intense des cylindraxes, des astrocytes en voie de régression et de nombreux alvéoles séparés par de minces travées gliofibrillaires. Les auteurs en déduisaient que leur cas était une forme de transition entre la neuro-myélite optique et la maladie de Schilder-Foix.

Il n'est cependant pas permis d'établir un rapport étroit entre ces deux affections. Non pas, comme le veut Michaux (129), parce que la neuro-myélite optique attaque la glie fibrillaire autant que la myéline et les cylindraxes ; car il existe des cas d'encéphalite périaxiale où la réparation névroglique est pratiquement inexistante. Mais, dans la majorité des cas de maladie de Schilder-Foix, la moelle est respectée par le processus. Quand elle est atteinte, les lésions consistent le plus souvent en plaques de sclérose ; dans la seule observation de Pennacchi, il existait des altérations diffuses de la moelle, mais elles étaient loin de revêtir l'intensité qu'on rencontre habituellement dans la maladie de Devic ; et nous avons vu que ce cas a bien plus d'analogie avec la sclérose en plaques. Par ailleurs, quand dans l'encéphalite péraxiale on rencontre des altérations soit du nerf optique, soit de la moelle, elles ne coexistent jamais.

Jusqu'à présent donc, l'observation de Marinesco reste isolée. Elle nous montre cependant que les lésions analogues à celles qu'on trouve dans la maladie de Schilder-Foix peuvent se rencontrer dans des états pathologiques très divers.

Les Encéphalomyélites post-morbilleuse et post-vaccinale

Dans les encéphalomyélites post-morbilleuse (65, 189, 195) et post-vaccinale (21), les lésions frappent aussi de façon presque exclusive la substance blanche. Celle-ci est fortement congestionnée ; les vaisseaux sont dilatés ; leurs tuniques sont épaissies. Autour des veinules, on rencontre, dans la grande majorité des cas, des manchons lymphocytaires plus ou moins marqués auxquels se mêlent parfois des plasmocytes et des corps granuleux. Aux mêmes endroits, on observe des zones de démyélinisation avec atteinte moindre ou égale des cylindraxes et prolifération des cellules d'Hortega et de la glie fibrillaire. En général, ces zones sont trop petites pour être visibles à l'œil nu ; cependant, elles peuvent confluer et former des plages de myélolyse plus ou moins étendues comme dans le cas de Walthard (189). Doit-on, pour cela, établir un rapport entre ces lésions et celles de la maladie de Schilder-Foix ? Rien jusqu'à présent ne nous permet de le croire. La littérature ne contient que deux observations d'encéphalite périaxiale consécutives à une rougeole. L'un celui de Guttmann (74), n'a aucune valeur puisque l'autopsie n'a pas été faite ; dans l'autre, celui de Gagel (57), nous savons par Walthard que bien avant l'apparition de la rougeole on avait noté chez le malade la présence de symptômes neurologiques : vertiges, insécurité motrice, signe de Babinski. Il se pouvait donc que dans cette observation la rougeole ait simplement accéléré l'évolution d'une maladie torpide préexistante. Enfin, on signale aucun cas de maladie de Schilder-Foix consécutive à une vaccination antivariolique.

RAPPORT AVEC DIVERSES INFECTIONS GÉNÉRALES

La syphilis a été incriminée comme agent causal de la sclérose diffuse par Rebizzi (146) et par Giannuli (61). A vrai dire, les cas observés par ces auteurs ne peuvent être rangés sous réserves dans le cadre de l'encéphalite périaxiale. D'ailleurs, dans l'observation de Rebizzi, l'affection a débuté à 28 ans chez une femme issue de parents syphilitiques : ce

début tardif laisse subsister un doute sur l'étiologie. En ce qui concerne la maladie de Schilder-Foix proprement dite, elle ne coexiste avec la syphilis que dans l'observation de Parodi et Ricca (137) ; dans ce cas d'ailleurs, si la réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang, elle est négative dans le liquide lombaire, et les auteurs eux-mêmes ne croient pas à une relation causale entre les deux affections.

Dans certaines observations, on voit l'encéphalite périaxiale diffuse débuter très peu de temps après une infection : grippe (Klaefeld) ; tuberculose (Jakob, P. Marie et Foix) ; endocardite végétante (Braun, Bielschowsky) ; pleurésie grave et otite moyenne chronique (Steiner) ; otite (Globus et Strauss, cas 3 ; Shelden, Doyle et Kernohan) ; gastro-entérite et otite (Globus et Strauss, cas 2). D'autre part, on trouvait des diplostreptocoques et des bactéries dans les méninges, le cortex et l'axe blanc des circonvolutions chez le malade de Bielschowsky, et celui de Marcus présentait une méningite inflammatoire diffuse avec présence de bactéries. Devant ces faits, on a tendance à conclure avec Steiner (177) que des infections graves et prolongées, ayant leur siège hors du névraxe, peuvent jouer un rôle pathogénique important.

Mais un fait nous paraît assez frappant : c'est l'existence d'une otite moyenne dans quatre cas. Or, on sait que cette affection peut déclencher une encéphalite non suppurée de laquelle nous ne savons presque rien. Dans un ouvrage récent (145), Piquet signale que dans cette forme d'encéphalite, la ponction cérébrale ramène un tissu mollasse, diffluent, parfois sanguinolent ; il ajoute d'ailleurs que l'histopathologie de cette affection est inconnue, si bien qu'il en est réduit à « supposer » la nature des lésions. Devrions-nous admettre que, dans certains cas, la maladie de Schilder-Foix serait une forme de cette encéphalite ? Nous posons la question sans pouvoir y répondre.

RAPPORT AVEC CERTAINES AFFECTIONS TOXIQUES, DYSCRASIQUES OU ENDOCRINIENNES

L'intoxication oxycarbonée

Grinker (66) rapporte le cas d'une femme de 58 ans, morte deux mois après une tentative de suicide par le gaz d'éclairage. A l'autopsie, on trouvait des foyers symétriques de destruction du pallidum et, en outre, un éclaircissement diffus

de la substance blanche profonde, la zone sous-corticale restant absolument intacte. La lésion résultait de la confluence de nombreux petits foyers. Elle comportait une destruction importante de gaines de myéline avec atteinte moins intense des cylindraxes ; on trouvait encore de nombreux corps granuleux, des oligodendrocytes en grand nombre et une certaine gliose fibrillaire.

Un second cas du même ordre a été rapporté par Meyer (127) ; chez une femme morte 7 semaines après l'intoxication oxycarbonée, on observait une démyélinisation diffuse avec intégrité des fibres en U et prédominance des lésions au niveau du corps calleux ; les trois types de névroglie étaient en voie de prolifération, les corps granuleux étaient très abondants ; les gaines vasculaires étaient infiltrées par des lymphocytes ; l'atteinte des cylindraxes était parallèle à celle de la myéline. Dans un troisième cas du même auteur, on rencontrait le même type de lésions, mais, cette fois, dispersées en foyers.

Meyer (128) a pu reproduire expérimentalement les mêmes lésions chez le chien : elles se produisaient presque toujours dans la substance blanche ; exceptionnellement cependant, elles ne frappaient que le cortex et les fibres arquées.

Dans ces cas, les lésions sont sans doute moins intenses que dans l'encéphalite périaxiale diffuse : elles en ont pourtant de nombreux caractères et peuvent servir à démontrer que des lésions histologiques ayant le même type et la même répartition que les leuco-encéphalites peuvent résulter de la confluence de foyers isolés.

L'artériosclérose

Buiswanger a décrit, en 1894, une forme anatomo-clinique de l'artério-sclérose cérébrale à laquelle il a donné le nom d'encéphalite subcorticale chronique ; dans la suite, l'étude en a été reprise par Nissl (134), Dieckmann (46) et Kashida (89). Il s'agit de foyers de démyélinisation de la substance blanche siégeant dans la partie profonde du centre ovale et parfois dans l'axe blanc des circonvolutions, mais respectant toujours les fibres arquées. Ces foyers peuvent confluer et occuper ainsi de grandes parties de la substance blanche. L'intensité de la démyélinisation y est variable, allant du simple éclaircissement jusqu'à la destruction complète. Les cylindraxes sont en général aussi atteints par la myéline. La prolifération gliale est en raison directe de l'atteinte du parenchyme ; on ren-

contre des cellules microgliques chargées de lipoïdes, mais rarement de vrais corps granuleux ; il y a parfois prolifération des astrocytes et formation de « gemästete Gliazellen » ; la gliose fibrillaire est d'autant plus marquée que les fibres nerveuses sont plus endommagées. Les vaisseaux présentent de graves altérations de dégénération hyaline. Il n'y a pas de réaction mésenchymatique.

La ressemblance entre ce tableau anatomique et celui de l'encéphalite périaxiale est vraiment frappant. Peut-être pourrait-on apparenter à l'artério-sclérose cérébrale les formes tardives de la maladie de Schilder-Foix, en particulier l'observation de Guttmann (73) qui concerne un homme de 77 ans. Nous en rapprocherons encore — sans toutefois l'y assimiler pleinement — le cas de sclérose diffuse atypique décrit par Löwenberg et Fulstow (110) : ici, la maladie atteignait un homme de 26 ans ; les lésions les plus caractéristiques consistaient en une dégénération hyaline très marquée des petits vaisseaux. Ces divers faits montrent en tous cas à l'évidence que des lésions de leur encéphalite peuvent être déterminées par des lésions dégénératives des vaisseaux cérébraux.

L'anémie pernicieuse

Barré et ses collaborateurs (6) comparent les lésions trouvées dans leur cas d' « encéphalite périaxiale concentrique » avec celles qu'on observe dans les séquelles névrogliques de l'anémie pernicieuse. Dans cette affection, on trouve en effet assez souvent des lésions cérébrales (14, 113, 191). Il s'agit de foyers périvasculaires situés uniquement dans la substance blanche. Ces foyers peuvent confluer. On y trouve des lésions parallèles de la myéline et des cylindraxes, de nombreuses cellules grillagées avec inclusions lipoïdiques, des astrocytes fibrillaires et des éléments névrogliques géants. Les vaisseaux sont indemnes d'infiltrations et de prolifération mésenchymatique. Il paraît difficile d'assimiler ces lésions à celles de l'encéphalite périaxiale concentrique.

La Maladie d'Addison

La maladie de Siemerling et Creutzfeldt (172) et celui d'Urechia, Mihalescu et Ekeles (182) présentaient tous deux des signes d'addisonisme. Il y a-t-il eu simple coïncidence ou rapport causal entre cette affection et l'encéphalite périaxiale ? Il est très malaisé de le dire, les lésions nerveuses de l'insuffisance surrénale étant très mal connues.

RAPPORTS AVEC LES TRAUMATISMES

Nous avons relevé dans la littérature quatre observations d'encéphalite périaxiale diffuse consécutive à des traumatismes : ce sont les cas de Bullard et Southard (26), de Ceni (30), de Schwartz et Cohn (167) et de Waggoner (187). Il convient évidemment, comme toujours en neurologie, de n'accepter qu'avec beaucoup de circonspection le rôle provocateur du traumatisme.

On doit cependant accorder une mention particulière au traumatisme obstétrical. D'après plusieurs auteurs, Neubürger (131), Schwartz (165), Fischer (49), l'encéphalite interstitielle congénitale et les lésions de la substance blanche provoqués par les accidents de la naissance pourraient être à l'origine de l'encéphalite périaxiale diffuse lorsqu'elle se produit chez des sujets très jeunes. Remarquons immédiatement que certains auteurs ont singulièrement étendu le domaine du trauma obstétrical : il est permis de rester sceptique lorsque Wohlwill (194) attribue à une maladie de la mère au cours de la gestation un processus morbide leucoencéphalitique apparu alors que l'enfant apprenait à marcher. On peut se demander, devant des cas semblables, si des causes pathogènes postérieures à la naissance n'entrent pas en ligne de compte.

Cependant, il est incontestable que les accidents obstétricaux sont à même de déclencher des lésions de la substance blanche, lésions d'origine vasculaire qui présentent en général la même topographie que la maladie de Schilder-Foix. Schwartz (165) a décrit une série de lésions de cet ordre ; il s'agit, soit d'hémorragies qui ne nous intéressent pas ici, soit de processus de dissolution (Auflösung) ou d'éclaircissement (Auflockerung). Dans les premiers, on trouve une fonte de tous les éléments du parenchyme se produisant soit en foyers, soit de façon diffuse. Autour de ces foyers, on trouve de nombreux corps granuleux et plus tard, de grandes cellules névrogliques, souvent plurinucléées, qui concourent à la sclérose réparatrice. Le centre du foyer se liquéfie ; il s'y forme souvent des lacunes, parfois même une grande cavité centrale respectant en général le cortex et une mince bande de substance blanche sous-corticale : ce dernier processus a été désigné par Fischer et par Schwartz sous le nom de porencéphalie centrale à liséré cortical (zentrale Rindensaumporencephalie).

Dans les processus de dissolution, la substance fondamen-

tale n'est pas détruite. Il s'agit de destruction des substances myélinique et prémyélinique avec production de grandes cellules gliales chargées de graisse. Dans certains cas, la régénération fait défaut ; dans d'autres, la gliose réparatrice est intense et conduit à un rapetissement du cerveau. On est évidemment tenté de mettre en rapport avec des faits de cet ordre le cas de Reiche (150) : phénomènes de spasticité dès la naissance ; à l'autopsie, ramollissement de la substance blanche avec microgyrie.

Quant à l'encéphalite interstitielle de Wirchow, elle consiste, comme on sait, dans l'existence de dépôt de graisse à l'intérieur de nombreuses cellules gliales fixes éparses dans la substance blanche, et parfois d'amas de corps granuleux vrais. A l'heure actuelle encore, les auteurs se séparent au sujet de l'interprétation de ce phénomène : les uns, Schwartz (165), Siegmund (171), Wohlwill (194), le mettent en rapport avec le trauma obstétrical ; pour Neubürger (131), il s'agit d'un processus d'origine toxique ; pour d'autres enfin, Coelen (29), Guillery (70), Berlucchi (9), les dépôts de graisse constituent un phénomène physiologique en rapport avec la myélogénèse. Aucune de ces opinions n'a pour elle d'arguments décisifs ; jusqu'à la production de ceux-ci, on doit donc réserver son avis sur les relations de l'encéphalite interstitielle avec la maladie de Schilder-Foix.

LES FORMES FAMILIALES

L'encéphalite périaxiale diffuse présente, dans certains cas le caractère hérédo-familial. Elle peut évoluer de façon aiguë : c'est la « leucodystrophie cérébrale héréditaire progressive » de Bielschowsky et Henneberg. Elle peut aussi adopter un décours chronique : c'est la maladie de Pelizaeus-Merzbacher.

La leucodystrophie cérébrale héréditaire

La forme aiguë des leucoencéphalites familiales peut apparaître à divers âges : à quelques mois (forme infantile ; 5 cas de Krabbe (94) ; entre 6 et 10 ans 1/2 (forme juvénile ; 3 cas de Scholz (162) ; 2 de Bilschowsky et Henneberg (12), 2 de Haberfeld et Spieler (75) ; enfin, entre 20 et 21 ans (forme adulte ; 3 cas de Ferraro (48). On doit ajouter à ces observations, celles de Joris (87) et de Symonds (181) qui ne sont pas sanctionnées par l'examen anatomique.

Dans un certain nombre de ces cas, l'étude de l'hérédité n'a pas été poussée au delà de la génération parentale ; mais Scholz, d'une part, Curtius (40) à propos des cas de Bielschowsky et Henneberg, d'autre part, ont fait des recherches généalogiques poussées assez loin. Ils ont ainsi découvert que l'hérédité de l'affection est récessive : elle atteint les garçons et se transmet par les filles restées saines. D'autre part, la maladie apparaît à un âge plus précoce, prend une extension plus grande et raccourcit sa durée au fur et à mesure qu'on avance dans la série des générations : les grands-parents des malades avaient été atteints, entre 30 et 50 ans, d'une paraplégie spastique à évolution extrêmement lente, que les auteurs identifient à la paralysie spinale spastique familiale de Strümpell. Enfin, on trouvait, dans les 2 familles, des cas nombreux de psychoses ou d'affections neurologiques. Remarquons cependant que, dans les cas de Krabbe, la prédilection pour le sexe masculin n'existe pas (3 filles, 2 garçons).

Au point de vue clinique, il n'y a pas de différence avec la forme non familiale, sauf peut-être la constance des crises toniques sous-corticales dans les observations de Krabbe.

En ce qui concerne l'anatomie pathologique, seules, les observations de Scholz et de Bielschowsky et Henneberg présentent une particularité : les produits de désintégration libres dans le tissu ou bien inclus dans les corps granuleux du parenchyme se colorent en jaune orangé par le Soudan et ne prennent une coloration rouge vif qu'à l'intérieur des gaînes vasculaires. Les auteurs précités y voient un processus analogue à ce qui se passe dans l'idiotie amaurotique : il s'agirait d'une anomalie héréditaire du métabolisme due probablement à un facteur endocrinien ; il faudrait cependant, d'après Scholz, admettre également l'action d'un facteur vasculaire.

La maladie de Pélizaeus-Merzbacher

L'étude de cette curieuse affection a été commencée en 1885 par Pelizaeus et continuée par Merzbacher qui lui consacra un mémoire important en 1910 (124). Les cas rapportés par ces deux auteurs comprenaient 12 garçons et 2 filles ; l'hérédité était du même type que celle des cas de sclérose diffuse juvénile. L'affection débute dans les premiers mois de la vie, avance rapidement jusqu'à l'âge de 6 ans, puis ne progresse plus que d'une façon très lente. A la période

d'état, les symptômes sont les suivants : nystagmus horizontal, bradylalie, adiadococinésie, asynergie, tremblement intentionnel, parésie de la mimique, paraplégie spastique avec grosses contractures. Parfois aussi ostéoporose, troubles vaso-moteurs des membres inférieurs, déchéance psychique. L'affection est compatible avec une longue survie et la mort est le fait d'une maladie intercurrente. Bostroem (18) a rapporté 6 cas masculins de maladie à évolution clinique analogue mais appartenant à une famille différente : d'autres observations ont été signalées par Bodechtel (13) et par Schaffer (155); la première concerne 2 sœurs qui ont présenté, vers 4 ou 5 ans, du branlement de la tête, de l'agitation motrice, de l'ataxie des membres supérieurs, des mouvements choréiques, un déficit mental très net ; la première est morte à 5 ans après une méningite, la seconde à 16 ans après des phénomènes infectieux. Quant au cas de Schoffer, il ne semble pas relever d'une étiologie familiale.

La documentation anatomique sur l'affection nous est fournie par quatre cas: un de Merzbacher, un de Spielmeyer (175) et Liebers (108), un de Bodechtel, un de Schaffer. Le cerveau est généralement atrophié mais conserve intacte sa configuration extérieure ; dans le cas de Merzbacher, le corps calleux était si aminci qu'on avait cru à son agénésie. Sur les coupes colorées au Weigert, apparaît une démyélinisation intense frappant surtout la couronne radiée et le corps calleux ; les capsules interne et externe sont mieux conservées. La démyélinisation épargne, en règle générale, les fibres en U. A l'intérieur des grands foyers, on aperçoit des îlôts ou des bandes colorées en noir par la Weigert et qui donnent à la coupe l'aspect d'une peau de léopard : ce sont des zones où la myéline est conservée.

Elles siègent de préférence autour des vaisseaux. Dans l'observation de Schaffer, elles étaient assez rares ; dans celle de Liebers, elles étaient parfois assez pâles et prenaient l'aspect de « Markschattenherde » ; il en était de même dans le cas de Bodechtel. A l'intérieur des zones démyélinisées, d'ailleurs, le microscope décelait encore quelques gaînes isolées, mais elles présentaient des altérations régressives diverses.

Les cylindraxes sont bien conservés en général ; dans le cas de Merzbacher, pourtant, ils sont fortement raréfiés et très amincis.

La névroglie ne marquait aucune hypertrophie dans les cerveaux étudiés par Merzbacher et par Schaffer. Par contre, Bodechtel et Liebers l'ont trouvée fortement augmentée : il n'existait, dans tout le foyer, qu'une gliose fibrillaire très serrée du type isomorphe et une gliose anisomorphe autour de certains vaisseaux. Dans l'observation de Bodechtel, on trouvait de nombreux corps granuleux chargés de graisse.

Le cortex et les fibres en U sont intactes dans l'observation de Merzbacher. Dans les 3 autres cas, on trouve des altérations portant sur les 2e, 3e, 5e et 6e couches. D'autre part, les fibres supraradiaires sont fortement lésées dans les cas de Liebers et de Schaffer, les fibres radiées éclaircies dans celui de Liebers. Dans ce dernier cas aussi, les ganglions de la base ont fortement souffert.

Le cervelet présente le même aspect que le cerveau dans les cas de Merzbacher et de Liebers ; celui du malade de Bodechtel montrait un éclaircissement des gaînes de myéline. On rencontrait des foyers démyélinisés dans le tronc cérébral chez 3 malades, et un autre dans le chiasma chez le malade de Liebers.

Merzbacher, se basant sur l'aspect des cylindraxes et l'absence de gliose répératrice, croyait à des phénomènes d'aplasie (aplasie axiale extracorticale congénitale).

Mais les autres cas montrent qu'il s'agit d'un processus chronique dégénératif à décours lent avec gliose compensatrice et conservation relative des axones. Globus (62), se basant sur un cas de maladie de Tay-Sachs où la myéline était complètement fondue sauf en de rares places où elle était d'ailleurs plus pâle que normalement, croit à une parenté entre la maladie de Pélizaeus-Merzbacher et l'idiotie amaurotique.

LES FORMES BLASTOMATEUSES

Les formes blastomateuses sont caractérisées par une prolifération exubérante du tissu glial. On peut distinguer deux types :

La glioblastomatose généralisée

Il s'agit ici de véritables tumeurs d'origine diffuse, et non localisée comme les gliomes ordinaires. Il se fait une insurrection en masse du tissu glial sur une série de points du cerveau, celui-ci conservant, par ailleurs, sa configuration extérieure normale ; le processus se développe en général

simultanément dans les 2 hémisphères. Suivant les cas, le cortex est indemne ou atteint par le processus ; assez souvent d'ailleurs, la présence de cellules gliales atypiques n'altère pas l'architectonique corticale. Dans la substance blanche, le processus tumoral entraîne la destruction de la myéline, les cylindraxes étant plus ou moins conservés.

Les cellules blastomateuses sont d'origine astrocytaire ; il s'agit, en général, d'éléments monstrueux très riches en protoplasme ; le noyau est bien délimité, fréquemment de forme irrégulière, parfois multiple ; ces éléments sont souvent chargés de graisse ; ils présentent des prolongements en nombre variable avec tendance faible à la fibrillation. On trouve souvent, dans ces cellules, des figures de division par mitose et plus souvent par amitose. A côté de ces éléments, on peut d'ailleurs rencontrer des cellules gliales primitives du type des spongioblastes.

Le cas le plus typique d'encéphalite périaxiale à forme blastomateuse est celui de Matzdorff. Jakob y joint les cas de Beneke, de Ceni, de Rossolimo et la première observation de Schilder. Il faut y ajouter celle de Cassirer et Léwy qui présente cependant deux particularités : le foyer est unilatéral et sa partie profonde est occupée par une cicatrice gliale serrée avec rares astrocytes fibrillaires.

D'après divers auteurs, le processus blastomateux serait d'origine dysontogénétique. Hallervorden (77, 79) soutient cette opinion en se basant sur le fait que, dans son cas, il existait une petite tumeur paraventriculaire analogue à celles qu'on trouve dans la sclérose tubéreuse. Matzdorff rappelle également que, d'après Merzbacher et Uyeda (126), il y aurait des gliomes réactifs comme il existe une gliose réactive et que, selon Uyematsu (183), la gliose diffuse qui accompagne les gliomes ne se rencontre pas au voisinage des sarcomes, des endothéliomes et des métastases cancéreuses du névraxe ; elle serait donc due, comme le gliome, à une prédisposition congénitale.

L'association d'une tumeur avec des foyers schildériens

Nous avons trouvé, dans la littérature, un résumé très succinct d'une observation de Redlich (147) qui nous paraît rentrer dans le cadre des formes blastomateuses sans être analogue au type précédent. Chez une femme qui avait présenté des signes de tumeur cérébrale localisée à droite, l'autopsie découvrait un gliome à grandes cellules avec fibril-

lation, situé dans les lobes pariétal et accipital gauches ; à côté de la tumeur, de nombreux foyers de ramollissement séparés du gliome, avec présence de cellules vectrices et infiltrations périvasculaires à lymphocytes.

A cette observation vient s'ajouter celle que Divry Christophe et nous-même (47) avons publiée : chez un homme qui présentait des signes d'hypertension intracranienne, on trouve à l'autopsie une tumeur mal délimitée, du volume d'une noix, à la pointe du lobe temporal gauche ; cette tumeur est constituée par un grand nombre de cellules polymorphes (« gemästete Gliazellen », spongioblastes bipolaires et unipolaires, astrocytes normaux, astrocytes fibrillaires géants) avec forte prolifération fibrillaire et néoformation vasculaire ; en dehors de la tumeur, des foyers de désintégration occupant les axes des circonvolutions temporales et frontales, mais respectant les fibres en U et le cortex ; dans ces foyers, démyélinisation importante, raréfaction des cylindraxes, cellules névrogliques de type normal ; quelques infiltrations périvasculaires à lymphocytes.

On voit donc que la maladie de Schilder-Foix, d'origine tumorale, peut-être due, soit à l'action d'une glioblastomatose multiloculaire, soit à celle d'une tumeur localisée s'accompagnant de phénomènes régressifs de voisinage.

PATHOLOGIE COMPARÉE

Levaditi, Lépine et Schoen (104) d'une part, Perdrau (142) d'autre part, ont trouvé, à l'autopsie d'un macaque, des foyers disséminés de la substance blanche, foyers susceptibles de confluence et présentant tous les caractères de la maladie de Schilder-Foix. Schob (161) chez l'orang-outang et Schroeder (163) chez le cercopithèque, ont fait les mêmes découvertes ; mais, dans ces deux derniers cas, on trouvait en outre une dégénération des racines et des cordons postérieurs de la moelle. Schob se refuse à toute identification entre ce processus et l'encéphalite périaxiale diffuse en raison de la formation du grand foyer par confluence des petits ; nous avons vu que beaucoup de cas de leucoencéphalite se constituent probablement de cette façon. D'autre part, dit-il, chez l'homme, les lésions schildériennes ne s'accompagnent jamais d'atteinte des cordons postérieurs de la moelle ; nous avons pourtant rencontré celle-ci dans les cas de Kraus et Weil et de Schupfer. Nous ne voyons donc aucune objection à considérer la maladie observée chez le singe comme une forme de l'encéphalite périaxiale diffuse.

CHAPITRE IV

ESSAI DE PATHOGÉNIE DE LA MALADIE DE SCHILDER-FOIX

LE FACTEUR VASCULAIRE

On sait que divers auteurs allemands, Vogt et Spielmeyer en particulier, ont essayé de déterminer les facteurs qui président à la localisation de certaines maladies à l'intérieur du névraxe. Le premier (186) distingue, dans le système nerveux, une série de territoires qu'il désigne sous le nom d' « unités topistiques » et qui se caractériseraient soit par leur unité de fonctionnement, soit par leurs propriétés « pathoclines ». Ces dernières consistent en une sensibilité particulière vis-à-vis des agents nocifs en général (pathoclise générale) ou de certaines « noxes » particulières (pathoclise spéciale). La pathoclise se baserait, en dernier ressort, sur les propriétés physico-chimiques de l'unité topistique envisagée. Que doit-on penser de cette théorie en ce qui concerne l'encéphalite périaxiale diffuse ? Flatau admet un tropisme spécial des toxines pour la substance blanche. Marinesco et ses collaborateurs (122) considèrent, dans l'affection qui nous occupe, la localisation du processus anatomique comme liée à l'état physico-chimique spécial des fibres longues du centre ovale. Dans la maladie de Schilder, ces fibres sont généralement atteintes, tandis que les fibres courtes (fibres en U, fibres radiées et interradiées) sont le plus souvent respectées. Cela tiendrait à ce que les fibres longues sont plus riches en eau, que leurs échanges nutritifs sont plus intenses et enfin, cela résulterait de leur longueur même. On se rend compte immédiatement que cette théorie pourrait expliquer l'intégrité des fibres en U et des fibres interradiées mais qu'elle ne justifie pas la conservation des fibres radiées, celles-ci n'étant que le début ou l'aboutissement des fibres longues du centre ovale. Cette hypothèse ne peut donc, jusqu'à présent, pleinement nous satisfaire. Cherchons-en une autre.

Spielmeyer (174) s'est, lui aussi, attelé au problème de la répartition anatomique des lésions nerveuses, à ce qu'il

appelle la « vulnérabilité locale ». Il distingue 3 facteurs possibles : le facteur systématique, le facteur vasculaire et le le facteur liquidien. Le premier se résume, en somme, à la pathoclise de Vogt ; le troisième ne peut entrer en ligne de compte puisque les lésions de la maladie de Schilder n'arrivent que très exceptionnellement à la surface du cortex et puisqu'elles n'affleurent, pour ainsi dire, jamais les cavités ventriculaires. Reste seul en jeu le facteur vasculaire.

Schilder (159) admettait déjà la répartition vasculaire du processus. Meubürger (132) s'attache aussi à cette hypothèse. Pour Shelden, Doyle et Kernohan (170), l'agent nocif cheminerait le long des espaces périvasculaires. Enfin, Bouman (20), Walter (188), Flatau (50) expliquent la répartition des lésions dans le centre ovale par le fait que celui-ci serait irrigué par les vaisseaux longs de la substance blanche, vaisseaux qui proviennent de la base du cerveau, tandis que le cortex et les fibres en U sont nourris par les artères de la convexité. Contre cette manière de voir, deux objections se sont élevées : Davison et Schick (44) considèrent comme inconcevable une toxine qui choisirait sa voie le long des vaisseaux longs et épargnerait les autres. Et, d'autre part, Pfeifer (143, 144) a montré qu'il n'existe pas d'artère de la substance blanche traversant le cortex sans y donner de ramifications; il admet d'ailleurs, à la limite de l'écorce et du centre ovale, l'existence de « lignes de faîte » qui serviraient au tamponnement des hémorragies.

A ces objections, nous pourrions opposer l'existence de l'encéphalite subcorticale artérioscléreuse qui est essentiellement déterminée par des lésions vasculaires; mais il serait facile de répondre que, sans doute, ce processus a pour « primum movens » l'atteinte des vaisseaux, mais que la répartition des lésions dans la substance blanche n'indique que la fragilité particulière de celle-ci et que, par conséquent, la thèse de Marinesco a beaucoup de chance de s'appliquer ici.

Il en sera tout autrement, si nous parvenons à trouver des lésions, purement vasculaires, sans atteinte profonde du parenchyme, mais ayant la même topographie que l'encéphalite périaxiale diffuse. Ces lésions existent. Schwartz et Cohn (167) ont consacré un mémoire important à la répartition des affections du névraxe. Dans ce travail, ils rapportent six observations nécropsiques dans lesquelles on trou-

vait de multiples petites hémorragies dans le centre ovale à l'exclusion absolue de l'écorce et d'une mince bande de substance blanche sous-corticale. Ces hémorragies étaient tantôt uniformément réparties, tantôt prédominantes en certains points (capsule interne, lobes frontaux et occipitaux). L'étiologie de ces lésions était d'ailleurs essentiellement variable : fracture du maxillaire ; suite de grippe ; hydropisie généralisée ; intoxication par le salvarsan ; otite double avec thrombose des vaisseaux de la pie-mère et du sinus longitudinal ; enfin, diathèse hémorragique avec anémie pernicieuse. Il y a, dans tous ces cas, comme dans l'encéphalité périaxiale, ce que Schwartz appelle un effet complet d'extension à la substance blanche (Kompletter medullärer Ausdehnungseffekt). Les travaux d'Alpers (1) et de Schroeder (163) confirment ceux de Schwartz en ce qui concerne le purpura cérébral : celui-ci n'atteint que très exceptionnellement le cortex et le cervelet. Mais les deux derniers auteurs ne font pas mention de l'état des fibres arquées. Schwartz et Cohn ajoutent, par ailleurs, que le degré d'altération du tissu est déterminé par d'autres facteurs que l'extension lésionnelle : que la lésion soit profonde ou légère, elle n'en respecte pas moins le territoire de l'unité topistique voisine. Schwartz et Fink (168) renforcent les données anatomiques par un fait expérimental : l'injection du système de la veine de Galien détermine le remplissage des veines de la substance blanche ; celles du cortex restent entièrement libres, celles des noyaux gris de la base demeurent vides en très grande partie.

LE FACTEUR PARENCHYMATEUX

Il semble donc bien que la topographie des lésions dans la maladie de Schilder-Foix soit en rapport avec la répartition vasculaire.

Une nouvelle question se pose : Quel est le constituant du parenchyme sur lequel s'exercerait d'abord son action ? Ici, deux hypothèses sont en présence : pour les uns, la destruction de la myéline serait primordiale et les modifications névrogliques seraient purement d'ordre réactionnel ; pour d'autres, le tissu glial serait le premier atteint et cette lésion entraînerait des troubles nutritifs intenses des fibres nerveuses.

La thèse de l'insuffisance gliale

Cette thèse est énoncée en particulier par Collier et Greenfield (34) et par Cœnen et Mir (33) qui admettent dans leurs cas la précession des lésions névrogliques ainsi que par Kaltenbach (88) qui croit dans le sien à une insuffisance gliale fonctionnelle. Guiraud (71) divise les ectodermoses neurotropes en trois classes dont la seconde est formée par « les maladies avec atteinte de la macroglie (sclérose en plaques, maladie de Schilder, encéphalomyélite du renard) » ; il ne donne d'ailleurs aucune justification de cette manière de voir. Pour Levaditi, l'encéphalite périaxiale diffuse appartiendrait au groupe des « leuconévraxites lipotrophiques », affections dans lesquelles le virus neurotrope agirait primitivement sur l'oligodendroglie ; celle-ci exercerait une action lipogène destinée à l'élaboration de la myéline. Dans les lenconévraxites lipotrophiques, le mécanisme lipoïdique normal des oligodendrocytes serait inverse ; au lieu d'extérioriser les lipoïdes sécrétés par eux, ils les garderaient dans leur protoplasme ; plus tard, ils perdraient leur pouvoir lipogène et régresseraient vers l'état embryonnaire.

Cette hypothèse ne s'appliquerait pas uniquement à la forme inflammatoire de la maladie de Schilder, mais encore à sa forme familiale. Pour Scholz (162), ainsi que pour Bielschowsky et Henneberg (12), il y aurait une « dysfonction nutritive » du tissu glial et des vaisseaux. La coloration anormale des détritus dans les cellules névrogliques et la présence de lipoïdes anormaux dans la paroi des vaisseaux indiqueraient nettement que les appareils glial et vasculaire n'effectuent plus, comme à l'état physiologique, la synthèse des lipoïdes cérébraux. Il faudrait dans ces cas penser à une anomalie héréditaire du métabolisme, peut-être d'origine hormonale (Scholz). Rappelons à ce propos qu'en 1896 déjà, Strümpell (180) considérait que l'agent nocif de la sclérose en plaques atteignait en premier lieu la névroglie.

Sans doute est-il permis d'attribuer à l'oligodendroglie un rôle important dans la formation et le maintien des gaines myéliniques. Penfield (140) fait remarquer qu'elle apparaît au moment de la myélogenèse et qu'au jour de la naissance, elle est remplie de granules semblables à des grains de secrétion. Mais le fait — encore hypothétique d'ailleurs — d'un rôle lipogène des oligodendrocytes ne démontre pas nécessairement que leur mise hors fonction soit à la base des lésions de la

maladie de Schilder-Foix. Les auteurs signalent fréquemment dans l'encéphalite périaxiale la prolifération de l'oligodendroglie ; on trouve rarement mentionnés des caractères régressifs. Dans quatre cas (Cœnen et Mir, Gasul, Kraus et Weil, Schaltenbrand), la dégénération mucocytaire a été observée. Mais on sait que ce processus se manifeste dans une série d'états pathologiques divers sans qu'on y observe nécessairement des lésions myéliniques aussi graves que celles des leuco-encéphalites. On ne peut donc, jusqu'à présent, attribuer sans réserves à une atteinte primordiale de l'oligodendroglie le tableau anatomique de l'encéphalite périaxiale.

Peut-être, cependant, dans la forme tumorale, pourrait-on attribuer aux éléments blastomateux la fragmentation et la fonte des gaines de myéline. — Dans un cas de Hallervorden (79) où les formations néoplasiques se limitaient à la substance blanche, les zones démyélinisées restaient localisées au centre ovale. Mais dans un autre cas, où les cellules blastomateuses occupaient le cortex et les noyaux gris centraux, seules les capsules extrême et externe, le striatum et une partie de pallidum étaient dépourvus de myéline.

La thèse de la précession des lésions myéliniques

Pour divers auteurs, Gagel (57) en particulier, l'atteinte des gaines de myéline serait la première en date des lésions parenchymateuses et les modifications névrogliques seraient d'ordre purement réactionnel. — Reprenant l'hypothèse de Marburg qui, en 1909, déjà attribuait à un ferment les lésions myéliniques de la sclérose en plaques, Marinesco et Dragonesco (121) font des leuconévraxites (ophtalmoneuromyélite, maladie de Schilder et sclérose en plaques), le produit d'une action diastasique. Celle-ci provoquerait en premier lieu le dédoublement de la myéline et aboutirait à la formation d'acide otéique ; la continuation de cette action amènerait enfin la désintégration des lipoïdes et des protéines du cylindraxe. A l'appui de leur thèse, les auteurs roumains citent les travaux de Brickner (23, 24) qui a observé la production d'une myélolyse sur la moelle de rat normal plongée dans le plasma de polysclérotiques et en a conclu à l'existence d'une lipase anormale dans le sang de ces malades. Grandall et Cherry (37) ont aussi trouvé une teneur plus grande en lipase dans le sang de 47,6 % des sujets atteints de sclérose en plaques, mais égale-

ment dans 75 % des cas de lésions hépatiques, sans que dans ces dernières affections on décèle le moindre signe du côté du névraxe. Weil et Cleveland (190), qui ont répété les expériences de Brickner en se servant de sérum au lieu de plasma, proposent deux explications du phénomène : ou bien on pourrait admettre l'existence d'un trouble hépatique primitif permettant une effraction plus facile de la barrière hémato-encéphalique et favorisant ainsi l'atteinte du névraxe ; ou bien un trouble du métabolisme secondaire à des lésions des centres nerveux végétatifs.

Comme on le voit, ni la thèse de la précession des lésions névrogliques, ni celle de l'atteinte primordiale de la myéline n'ont pour elles des arguments assez solides que pour être acceptées sans discussion.

DEUXIEME PARTIE

LES GLIOSES DIFFUSES DE LA SUBSTANCE BLANCHE

Ce chapitre de la pathologie du centre ovale est encore terre inconnue : la première page en a été écrite récemment par Bodechtel et Guttmann (16). Ces auteurs ont décrit des glioses de la substance blanche qu'ils divisent en trois groupes : 1° glioses de grandes parties de la substance blanche avec intégrité relative de la myéline ; 2° gliose avec privation des gaines de myéline et conservation variable des cylindraxes ; 3° maladie de Pelizaeus-Merzbacher. Les deux derniers groupes nous ont occupé dans la première partie de ce rapport.

Dans ce premier groupe, il ne s'agit pas d'une gliose consécutive à la démyélinisation : en effet, dans les observations rapportées par les auteurs, les gaines sont à peine éclaircies bien qu'on trouve de la graisse en abondance à l'intérieur de corps granuleux. C'est une réaction gliale fibrillaire indépendante, sans les caractéristiques de la blastomatose. Dans quelques observations, la gliose empiéte sur les fibres en U et le cortex, celui-ci présentant d'ailleurs des lésions cellulaires importantes. Dans d'autres, au contraire, les lésions se localisent à la substance blanche.

CONCLUSIONS

Le tableau anatomique de la maladie de Schilder-Foix doit être considéré comme la résultante de processus morbides divers. Du point de vue clinique déjà, on peut séparer des formes évoluant d'une façon progressive et fatale (type Heubner-Schilder) et une forme à début brusque avec rémission ultérieure et pronostic plutôt favorable (type Foix-Marie); on peut distinguer aussi les cas où le début de la maladie s'est accompagné de phénomènes infectieux de ceux où l'évolution est restée apyrétique jusqu'à la phase terminale. Sur le terrain anatomique également, des différences se font jour. Le mode variable de démyélinisation dans la forme habituelle, dans l'encéphalite périaxiale concentrique de Balo et dans la maladie de Pelizaeus-Merzbacher ne traduirait-il pas l'influence d'agents nocifs divers ?

Quant à l'étiologie, on doit, selon toute probabilité, distinguer trois ordres de faits :

1° Des faits inflammatoires. Il est vraisemblable que des infections générales se passant en dehors du système nerveux peuvent provoquer les accidents de l'encéphalite périaxiale diffuse. Il nous paraît plus certain encore que certains cas de leuco-encéphalite ont des rapports étroits de parenté avec diverses affections que nous supposons dues à des virus neurotropes.

La possibilité de coexistence de la neuromyélite optique avec un foyer schildérien ; la presque identité des lésions leuco-encéphalitiques et de celles de l'encéphalite disséminée ; la ressemblance de ces lésions avec celles de la sclérose en plaques jointe au fait, maintes fois démontré dans la littérature, de la possibilité de constitution des grands foyers par confluence de lésions plus petites, à la présence de plaques de sclérose dans certaines observations, à l'évolution de certains cas de leuco-encéphalite selon le monde polysclérotique : tous ces faits démontrent, nous semble-t-il, à l'évidence, la parenté qui existe entre la maladie de Schilder-Foix et les trois autres affections.

2° Des faits dégénératifs d'origine diverse : toxique (intoxication oxycarbonée), dyscrasique (artério-sclérose), peut-être endocrinienne (maladie d'Addison), surtout enfin hérédo-familial (sclérose diffuse familiale, maladie de Pelizaeus-Merzbacher).

3° Des faits traumatiques, surtout d'origine obstétricale.

4° Des faits tumoraux. L'existence d'une blastomatose localisée à la substance blanche et celle de lésions régressives du type schildérien liées à une tumeur est absolument incontestable.

Tous ces faits montrent bien que la maladie de Schilder-Foix est un syndrome anatomique dû à des processus divers et ne peut en aucun cas être considéré comme une maladie.

En ce qui concerne la pathogénie, on doit admettre, semble-t-il, que la répartition lésionnelle dans la maladie de Schilder-Foix est due à un facteur vasculaire. Mais il est impossible de dire, à l'heure actuelle, si l'agent nocif diffusé dans le parenchyme y détruit d'abord les gaines myéliniques ou bien atteint primordialement la névroglie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Alpers. — So-called « Brain purpura ». (*Arch. of Neur. a. Psych.*, 20, p. 497, 1928).

2. Angyan. — Symmetrische Glioblastomatose der Grosshirnhemisphären. (*Zeitsch f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 8, 1911).

3. Anton et Wohlwill. — Multiple nicht eitrige Encephalomyélitis. (*Zeitsch f. d. ges. Neur. u. Ps.*, 12, page 31, 1912).

4. Austregesilo, Galloti et Borges. — Leucoencéphalopathie diffuse. (*Rev. Neur.* 1930, vol. 1, p. 1).

5. Balo. — Encéphalitis periaxialis concentrica (*Arch. of Neur. a. Psych.*, 19, p. 242, 1928).

6. Barré, Morin, Draganesco et Reys. — Encéphalite périaxiale diffuse. (*Rev. Neur.*, 1929, vol. 2, p. 541).

7. Beck. — A case of diffuse myélitis associated with optic neuritis. (*Brain*, 50, p. 687, 1927).

8. Beneke. — Ein Fall diffuser Sklerose des Zentralnervensystems. (*Arch. f. Kinderh.*, 47, p. 420, 1908).

9. Berlucchi. — Ricerche intorno ad alcuni reperti istologici nel sistema nervoso centrale dei feti e dei neonati. (*Riv. di Pat. Neur. e. Ment.*, 35, p. 69, 1930).

10. Bielschowsky. — Zur infektiosen. Genese der diffusen Sklerose. (*Zentralbl f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 46, p. 384, 1927).

11. Bielschowsky. — Die Bedeutung des Infektes für die diffuse Sklerose. (*Journ. f. Psychol. u. Neurol.*, 33, p. 12, 1927).

12. Bielschowsky et Henneberg. — Ueber familiäre diffuse Sklerose. (*Journ. f. Psychol. u. Neurol.*, 36, p. 131, 1928).

13. Bodechtel. — Zur Frage der Pelizaeus. — Merzbacherschen Krankheit. (*Zeitsch f. d. ges. Neur. u. psych.*, 121, p. 487, 1929).

14. Bodechtel. — Zur Histopathologie der funikulären Spinalerkrankung. (*Zeitsch f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 137, p. 104, 1931).

15. Bodechtel et Guttmann. — Diffuse Encephalitis mit sklerosierenden. Entzündung des Hemisphärenmarkes. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 133, p. 601, 1931).

16. Bodechtel et Guttmann. — Zur Pathologie und Klinik diffuser Markerkrankungen. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. psych.*, 138, p. 544, 1932).

17. Bonome. — Nuove osservazioni sulla struttura e sulla istogenesi dei gliomi. (*Lav. Ist. anat. pat. Padova*, 1907), cité par Daddi.

18. Bostroem. — Ueber die Pelizaeus. — Merzbacherscher Krankheit. (*Deutsche Zeitsch f. Nervenh.*, 100, p. 63, 1927).

19. Botzian et Roesner. — Ueber primäre progressive Gehirnerweichung. (*Deutsche Zeitsch f. Nervenh.*, 80, p. 168, 1924).

20. Bouman. — Encephalitis periaxialis diffusa. (*Brain*, 47, p. 453, 1924).

21. Van Bouwdijk Bastiaanse. — Die in Holland beobachteten Fälle von Encephalomyelitis post-vaccinalis. (*Zeitsch f. d. ges. N. u. Psych.*, 134, p. 657, 1931).

22. Braun. — Ueber einen Fall von diffuser Encephalomyelitis. (*Zeitsch f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 80, p. 310, 1923)

23. Brickner. — Studies on the pathogenesis of multiple Sclerosis (I). (*Arch. of Neur. a. Psych.*, 23, p. 715, 1930).

24. Brickner. — Studies on the pathogenesis of multiple Sclerosis (II). (*Bull. Neur. Inst. New-York*, 1, p. 105, 1931).

25. Brock, Carroll et Stevenson. — Encephalitis periaxialis diffusa of Schilder. (*Arch. of Neur. and Psych.*, 15, p. 297, 1926).

26. Bullard et Southard. — Diffuse Gliosis of the central white matter. (*Journ. of Nerv. a. Ment. Dis.*, 33, p. 188, 1906).

27. Canavan. — Schilder's Encephalitis periaxialis diffusa. (*Arch. of Neur. a. Psych.*, 25, p. 299, 1931).

28. Cassirer et Lewy. — Die Formen der Glioblastose und ihre Stellung zur diffusen Hirnsklerose (*Zeitsch f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 81, p. 290, 1923).

29. Ceelen. — Ueber Gehirnbefunde bei Neugeborenen und Saüglingen. (*Virchows Archiv.*, 227, p. 152, 1920).

30. Ceni. — Ueber einen interessanten Fall von gliomatoser Infiltration beiden Grosshirnhemisphären. (*Arch. f. Psych. u. Neur.*, 31, p. 808, 1899).

31. Ciampi, Foz et Cid. — Encephalitis periaxialis diffusa. (*Bol. Inst. Psiq. Fac. Ci. med Rosario*, 2, p. 122, 1930).

32. Claude et Lhermitte. — Leucoencéphalite aiguë à foyers successifs. (*Encéph.*, 15, p. 89, 1920).

33. Coenen et Mir. — Encéphalite périaxiale diffuse. (*Encéph.*, 26, p. 357, 1931).

34. Collier et Greenfield. — The Encephalitis periaxialis of Schilder. (*Brain*, 47, p. 489, 1924).

35. Cornwall. — The origin of myelin. (*Arch. of Neur. a. Psych.*, 18, p. 240, 1927).

36. Cournand. — La Sclérose en Plaques aiguë. (Paris, Legrand. 1931)

37. Crandall et Cherry. — Blood lipase, diastase and esterase in multiple sclérosis. (*Arch. of. Neur. a. Psych.*, 27, p. 367, 1932).

38. De Crespigny et Wollard. — A case of Schilder's disease. (*Lancet*, 1929, vol. 2, p. 864).

39. Creutzfeldt. — Zur Frage der sogenannten akuten multiplen Sklerose. (*Arch. f. Psych. u. Nerv.*, 68, p. 485, 1923).

40. Curtius. — Familiäre diffuse Sklerose und Familiäre spastische. Spinalparalyse in einer Sippe. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 126, p. 209, 1930).

41. Daddi. — Glioblastomatosi sistematizzata. (*Riv. di Pat. N. e. M.*, 33, p. 727, 1928).

42. Dagnélie et Van Bogaert. — Encéphalomyélite disséminée à évolution mortelle. (*Rev. Neur.*, 1931, vol. 1, p. 576).

43. D'Antona. — La Encephalitis periaxialis diffusa di Schilder. (*Riv. di Pat. N. e. M.*, 32, p. 461, 1927).

44. Davison et Schick. — Encephalopathia periaxialis diffusa. (*Arch. of Neur. a Psych.* 25, p. 1063, 1931).

45. Delbeke et Van Bogaert. — L'encéphalomyélite disséminée aiguë. (*Journ. de Neur. et de Psych.*, 31, p. 645, 1931).

46. Diekmann. — Ueber Encephalitis subcorticalis chronica progressiva. (*Zeitsch f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 49, p. 1, 1919).

47. Divry, Christophe et Moreau. — Encéphalite périaxiale diffuse et Glioblastomatose. (*Journ. de Neur. et de Psych.* à paraître).

48. Ferraro. — Familiar form of encephalitis periaxialis diffusa. (*Journ. of nerv. a. ment. Dis.*, 66, p. 329, 1927).

49. Fischer. — Das Geburtstrauma in seinen Folgen für Gehirn und Saügling. (*Schweiz. Med. Woch.*, 54, p. 905, 1924).

50. Flatau. — Encephalopathia scleroticans progessiva. (*Enc.*, 20, p. 475, 1925).

51. Foix, Bariéty, Baruk et J. Marie. — A propos d'un nouveau cas de sclérose cérébrale centrolobaire et symétrique. (*Rev. Neur.*, 1926, vol. I, p. 930).

52. Foix et J. Marie. — La sclérose cérébrale centrolobaire à tendance symétrique. (*Enc.*, 22, p. 481, 1927).

53. Foix et J. Marie. — La sclérose cérébrale centrolobaire à tendance symétrique et l'encéphalite périaxiale diffuse. (*Presse Méd.*, 1927, vol. I, p. 417).

54. Ford et Bumstead. — Encephalitis periaxialis diffusa of Schilder. (*Bull. John Hopkins Hosp.*, 44, p. 443, 1929).

55. Francioni. — Un singolare caso di sclerosi cerebrale. (*Riv. di Clin. Pediatr.*, I, 1903).

56. Frankl-Hochwart. — Zur Kenntnis der Pseudosklerose. (*Arb. a. d. neur. Inst. d. Wien. Univ.*, 10, 1903).

57. Gagel. — Zur Frage der diffusen Hirnsklerose. (*Zeitsch f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 109, p. 418, 1927).

58. Gans. — Een geval van diffuse sclerose. (*Nederl. Tijdsch v. Geneesk.*, 1923, eerste helft A, p. 1043).

59. Gans. — De uitbreiding der ziekelijke veranderingen bij een geval van sclerose en plaques met diffuse hersensclerose. (*id.*, 1925, eerste helft A, p. 533).

60. Gasul. — Schilder's disease. (*Am. Journ. of Dis. of Child.*, 39, p. 595, 1930).

61. Giannuli. — Ueber die Pathogenese der diffusen Hirnsklerose. (*Deutsche Zeitsch f. Nervenh.*, 71, p. 306, 1921).

62. Globus. — Ein Beitrag zur Histopathologie der amaurotischen Idiotie. (*Zeitsch f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 85, p. 424, 1923).

63. Globus et Strauss. — Progressive degenerative subcortical encephalopathy. (Arch. of *Neur. a. Psych.*, 20, p. 1190, 1928).

64. Graf. — Ueber ungewöhnliche diffuse progressive Veränderungen des Zentralnervensystems. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk*, 73, p. 601, 1925).

65. Greenfield. — The pathology of measles encephalitis. (*Brain*, 52, p. 171, 1929).

66. Grinker. — Ueber einen Fall von Leuchtgasvergiftung mit schwerer Degeneration des tiefen Grossmarklagers. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 98, p. 432, 1925).

67. Grinker et Bassoe. — Disseminated Encephalomyelitis. (*Arch. of Neur. a. Psych.*, 25, p. 723, 1931).

68. Guillain. — Rapport sur la sclérose en plaques. (*Rev. Neur.*, 1924, vol. I, p. 648).

69. Guillain, Alajouanine, Bertrand et Garcin. — Neuromyélite optique nécrotique aiguë. (*Ann. de Méd.*, 24, p. 24, 1928).

70. Guillery. — Entwicklungsgeschichtliche Untersuchung als Beitrag zur Frage der Encephalitis interstitialis neonatorum. (*Zeitsch. f. d. Neur. u. Psych.*, 84, p. 205, 1923).

71. Guiraud. — Formes parasitaires intracellulaires dans la sclérose en plaques. (*Enc.*, 26, p. 349, 1931).

72. Guttmann. — Die diffuse Sklerose. (*Zentralbl f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 41, p. 1, 1925).

73. Guttmann. — Zur Kasuistik der « sklerosierenden Encephalitis ». (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 94, p. 62, 1925).

74. Guttmann. — Diffuse Sklérose (*Zentralbl. f. d. Neur. u. Psych.*, 47, p. 250, 1927).

75. Haberfeld et Spieler. — Zur diffusen Hirn-Rückenmarksklerose im Kindesalten. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenk*, 40, p. 436, 1910).

76. Hallervorden. — Eigenartige und nicht rubrizierbare Prozesse (*Bumke. Handb. d. Geisteskr.*, vol. XI, p. 1063).

77. Hallervorden. — Neue Krankheitsformen und andere Beiträge aus dem Gebiete der Entwicklungsstörungen mit blastomatösen Einschlag. (*Zentralbl f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 53, p. 559, 1929).

79. Hallervorden. — Diffuse Sklerose und Entwicklungsstörungen. (*idem.*, 47, p. 480, 1927).

80. Henneberg. — Ueber disseminierte Encephalitis. (*Neurol. Zentralbl.*, 35, p. 652, 1916).

81. Hermel. — Ueber einen Fall von Encephalomalacia chronica diffusa. (*Deutsche Zeitsch. f. Nervenk*, 68, p. 334, 1921).

82. Heubner. — Ueber diffuse Sklerose. (*Charité-Annalen*, 1897).

83. Higier. — Die gegenseitige Stellung... der selteneren Formen der entzündlichen, degenerativen und blastomatösen Hirnsklerosen. (*Deusche Zeitsch. f. Nervenk*, 79, p. 65, 1923).

84. Hiller. — Electivity of diseases of the brain. (*Arch. of. Neur. a. Psych.*, 20, p. 145, 1928).

85. Jakob. — *Normale und Pathologische Anatomie und Histologie des Grosshirns*, vol. 2. (Deuticke, Leipzig, 1929).

86. Jakob. — Zur Pathologie derdiffusen infiltrativen Encephalomyelitis in ihren Beziehungen zur diffusen und multiplen Sklerose. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 27, p. 290, 1915).

87. Joris. — Trois cas d'encéphalite périaxiale diffuse. (*Liége Médical*, 1931, p. 1453).

88. Kaltenbach. — Ueber einen eigenartigen Markprozess mit metachromatischen Abbauprodukten... (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Pysch.*, 75, p. 138, 1922).

89. Kashida. — Ueber Gehirnarteriosklerose des früheren Alters... (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 94, p. 659, 1925).

90. Klarfeld. — Zur Frage der subakut verlaufenden diffusen Erkrankungen des Hemisphärenmarkes. (*Zentrabl. f. d. ges Neur. u. Psych.*, 31, p. 50, 1923).

91. Klarfeld. — Zur Frage der subakut verlaufenden diffusen Erkrankungen des Hemisphärenmarkes. (*Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 79, 1922).

92. Kogerer. — Beitrag zur Kenntnis der Encephalitis periaxialis diffusa. (*Jahrb. f. Psych. u. Neur.*, 45, p. 109, 1927).

93. Krabbe. — Beitrag zur Kenntnis der Frühstadien der diffusen Hirnsklerose. (*Zeitsch. f. d. Ges. Neur. u. Psych.*, 20, p. 108, 1913).

94. Krabbe. — A new, familial, infantile form of diffuse sclerosis. (*Brain*, 39 p. 74, 1916).

95. Kramer et Henneberg. — Ueber disseminierte Encephalitis. (*Neurol. Zentrabl.*, 35, p. 984, 1916).

96. Krans et Weil. — Encéphalite périaxiale diffuse (type Schilder). (*Enc.*, 23, p. 775, 1928).

97. Kraus et Weil. — An unusual and protracted case of Schilder's disease. (*Journ. of. nerv. a. ment. Dis.* 62, p. 620, 1925).

98. Krausz. — Veränderungen des intellecktuellen und ethischen Wesens... als Folge Schilders diffuser Sklerose... (*Zentrabl. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 53, p. 836, 1929).

99. Krausz. — Psychologische Analyse eines Falles mit Stirnhirnssyndrom. Beiträge zur Erforschung der... Verblödungsprozesse bei... Schilderschen Sklerose. (*Psych. Neur. Wochensch.*, 1931, vol. 1, p. 276 et 293).

100. Kufs. — Ein Bemerkenswerter Uebergangsfall von diffusen zur multiplen Sklerose... (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, 93, p. 564, 1931).

101. Landau. — Das diffuse Gliom des Gehirns. (*Frankf. Zeitsch. f. Pathol.*, 5, p. 469, 1910).

102. Lauritzen et Lundholm. — Schilder's disease. (*Arch. of. Neur. a. Psych.*, 25, p. 1233, 1931).

103. Leenhardt et Chaptal. — Triplégie spastique... Encéphalite périaxiale diffuse. (*Gaz. Méd. de France*, 3, p. 195, 1929).

104. Lévaditi, Lépine et Schoen. — Maladie de Schilder-Foix spontanée chez le singe. (*Comptes rendus Soc. Biol.*, 104, p. 986, 1930).

105. Lévaditi, Lépine et Schoen. — Les leuconévraxites. (*Comptes rendus Soc. Biol.*, 104, p. 1.143, 1930).

106. Lévaditi, Lépine, Bazin et Schoen. — Encéphalite épizootique du renard. (*Comptes rendus Soc. Biol.*, 104, p. 755, 1930).

107. Lewy. — Die diffuse Sklerose. (*Kraus. Brugsch Spez. Pathol. u. Ther. innexer Krankh.* Urban et Schwarzenberg. Berlin, 1924).
108. Liebers. — Zur Histopathologie des Zweiten Falles von Pelizaeus. Merzbashercher Krankheit. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 115 p. 487, 1928).
109. Van Londen et Frets. — Encephalitis periaxialis diffusa Schilder. (*Psych. en Neurol.*, Bladen 1926, p. 235).
110. Löwenberg et Fulstow. — Atypical diffuse sclerosis. (*Arch. of Neur. a. Psych.*, 27, p. 389, 1932).
111. Lucas. — Encephalitis periaxialis diffusa. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 22, p. 176, 1928).
112. Lugaro. — Glioma bilaterale del centro semiovale. (*Riv. Pat. Ner. e. Ment.*, 2, 1903).
113. Lurie. — Pernicious anemia with mental symptoms. (*Arch. of Neur. a. Psych.*, I, p. 67, 1929).
114. Mackiewicz. — Glioblastomatosis diffusa cerebri multilocularis. (*Roczn. psychyatr.*, 14, p. 152, 1931).
115. Macnamara. — Encephalitis periaxialis diffusa of Schilder. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 22, p. 174, 1928).
116. Mantero. — Osservazioni istologiche e istochimiche in un caso di glioma bilaterale del cervello. (*Giorn. di psich. cl. e. tecn. man.*, 55, p. 3, 1927).
117. Marburg. — Die Multiple Sklerose. (*Lewandowsky. Handbuch der Neurologie*, vol. 3).
118. Marcus. — Encephalitis subcortialis diffusa. (*Hygiaea* 92, p. 913, 1930).
119. P. Marie et Foix. — Sclérose intracérébrale centrolobaire et symétrique. (*Rev. Neur.*, 1914, p. 1).
120. J. Marie. — La sclérose cérébrale centrolobaire ou maladie de Schilder-Foix. (*Ann. de Med.*, 24, p. 545, 1928).
121. Marinesco et Draganesco. — Recherches sur la pathologie de certains encéphalomyélites à ultravirus. (*Rev. Neur.*, 1932, vol. 1, p. 1).
122. Marinesco, Draganesco, Sager et Grogoresco. — Sur une forme particulière anatomo-clinique d'ophtalmoneuromyélite. (*Rev. Neur.*, 1930, vol. 2, p. 193).
123. Matzdorff. — Diffuse Glioblastose und diffuse Gliose des Zentralneroensystems... (*Zeitsch. f. d. ges. Neur, u. Psych.*, 91, p. 489, 1924).
124. Merzbacher. — Eine eigenartige familiär-hereditäre Erkrankungsform. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 3, p. 1, 1910).
125. Merzbacher. — Ueber die Pelizaeus-Mezbachersche Krankheit. (*Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 32, p. 202, 1923).
126. Merzbacher et Uyeda. — Gliastudien. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, I, p. 285, 1910).
127. Meyer. — Ueber das Verhalten des Hemisphärenmarkes bei der menschlichen Kohlenoxydvergiftung. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 113, p. 172, 1928).
128. Meyer. — Experimentelle Erfahrungen ueber die CO. Vergiftung des Zentralnervensystems. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 112, p. 187, 1928).

129. Michaux. — La neuro-myélite optique aiguë. (*Thèse Paris*, 1930).

130. Moersch. — Diffuse glioma (gliosis). (*Journ. of. nerv. a. ment. Dis.* 63, p. 343, 1926).

131. Neubürger. — Ueber die sogenannte diffuse Gliaverfettung im. Grosshirnmark bei Kindern. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 97, p. 598, 1925).

132. Neubürger. — Histologisehes zur Frage der diffusen Hirnsklerose. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 73, p. 336, 1921).

133. Neubürger. — Encephalitis subcortialis ehroniea. (*Bumke. Handb. der Geisteskr.*, vol. XI, p. 610).

134. Nissl. — Zur Kasuistik der arteriosklerotisehen Demenz. (*Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 19, p. 438, 1920).

135. Nobel. — Zur Kenntnis der Sklerose im frühen Kindesalter. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 13, p. 125, 1912).

136. Ostertag. — Entwicklungsstörungen des Gehirns... (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, 75, p. 355, 1925).

137. Parodi et Ricca. — Contributo alla conoscenza della encefalite periassile diffusa di Schilder. (*Riv. di Pat. Nerv. e. Ment.*, 31, p. 588, 1926).

138. Patrassi. — Diffuse Gehirnentmarkungen und sogenannte Encephalitis periaxialis diffusa (Shilder). (*Virchows Archiv.*, 281, p. 98, 1931).

139. Paulian. — Sur un cas de sclérose en plaques à évolution rapide, (*Semaine des Hôpitaux de Paris*, 30 oct. 1931).

140. Penfield. — Oligodendroglia and its relation to classical neuroglia. (*Brain*, 47, p. 430, 1924).

141. Pennacchi. — Sclerosi a placche e sclerosi diffusa. (*Ann. Osp. Psich. Prov. Perugia*, 23, fasc. 1 à 4, 1929).

142. Perdrau. — Sehilder.s encephalitis periaxialis diffusa in a rhesus monkey. (*Jour. of Path.*. 33, 991, 1930).

143. Pfeifer. — *Die Angioarchitektonik der Grosshirnrinde.* (Berlin, Springer, 1928).

144. Pfeifer. — *Grundlegende Untersuchungen für die Angioarchitektonik des menschlichen Gehirns.* (Berlin, Springer, 1930).

145. Piquet. — *Les abcès cérébraux.* (Paris, Masson 1931).

146. Rebizzi. — La malattia di Westphal Struempell... (*Riv. di. Pat. Nerv. e. Ment.*, 10, 1905).

147. Redlich. — Démonstration eines Hirntumors mit regressive Ersheinungen. (*Wiener Klin. Woch.*, 1913, p. 82).

148. Redlich. — Ueber Encephalitis ponti et eerebelli. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 37, p. 1, 1917).

149. Redlich. — Ueber ein gehaüftes Auftreten von Krankheitsfällen mit den Erscheinungen der Encephalomyélitis disseminata. (*Monatsch. f. Psych. u. Neur.*, 64, p. 152, 1927).

150. Reiche. — Frühstadium der diffusen Hirsklerose. (*Monatsch. f. Kinderheilk*, 22, p. 216, 1921).

151. Rochon-Duvignaud, Jumentié et Valière-Vialeix. — Cécité à marche rapide. (*Rev. Neur.*, 1923, vol. 2, p. 73).

152. Rosssolimo. — Zur Frage der multiplen Sklerose und Gliose. (*Deutsche Zeitsch. f Nervenk.*, 11, p. 88, 1897).

153. ROUSSY, LHERMITTE et OBERLING. — La névroglie et ses réactions pathologiques. (*Rev. Neur.*, 1930, vol. I, p. 878).
154. RUSSKICH et KRYLOV. — Encephalitis periaxialis diffusa (Schilder). (*Sovrem. Psichonevr.*, 10, p. 297, 1930).
155. SCHAFFER. — Ueber ein eigenartiges histopathologisches Gesentbild endogener Natur. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, 69, p. 489, 1923).
156. SCHALTENBRAND. — Encephalitis periaxialis diffusa (Schilder). (*Arch. of Neur. a. Psych.*, 18, p. 944, 1927).
157. SCHILDER. — Zur Kenntnis der sogenannten diffusen Sklerose. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 10, p. 1, 1912).
158. SCHILDER. — Zur Frage der Encephalitis periaxialis diffusa. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 15, p. 359, 1913).
159. SCHILDER. — Die Encephalitis periaxialis diffusa. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, 71, p. 327, 1924).
160. SCHOB. — Pathologische. Anatomie der Idiotie. (*Bumke. Handb. d. Geisteskr.*, vol. XI, p. 899 et 978).
161. SCHOB. — Disseminierte, Konfluierende Sklerose des Hemisphärenmarklagers des Affen... (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 135, p. 95, 1931).
162. SCHOLZ. — Klinische.... Untersuchungen bei familiärer, diffuser Hirnsklerose im Kindesalter. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 99, p. 651, 1925).
163. SCHRÖDER. — Encephalitis und Myelitis. (*Monatsch. f. Psych. u. Neur.*, 43, p. 146, 1918).
164. SCHUPFER. — Ueber die infantile Herdsklerose. (*Monatsch. f. Psych. u. Neur.*, 12, p. 60 et 89, 1902).
165. SCHWARTZ. — Erkrankungen des Zentralnervensystems nach traumatischer Geburtschädigung. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych*, 90, p. 263, 1924).
166. SCHWARTZ. — Zur anatomischer Lokalisation und Ausdehnung von Erkrankungen des Grosshirns. (*Kl. Woch.*, 4e année, p. 349, 1925).
167. SCHWARTZ et COHN. — Eigenschaften der Ausdehnung anatomischer Erkrankungen im Zentralnervensystem. (*Zeistch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 126, p. 1, 1930).
168. SCHWARTZ et FINK. — Morphologie... der geburtstraumatischen Blutungen im Gehirn... (*Zeitsch. f. Kinderheilk*, 40, p. 427, 1925).
169. SCHWARTZ et KLAUER. — Diffuse... blastomatöse Wucherung des gliosen Apparates im Gehirn. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 109, p. 438, 1927).
170. SHELDEN, DOYLE et KERNOHAN. — Encéphalitis periaxialis diffusa. (*Arch. of Neur. a. Psych.*, 21, p. 1270, 1929).
171. SIEGMUND. — Neue Untersuchungen ueber die Encephalitis congenita neonatorum. (*Kl. Woch.*, 1922, vol. 1, p. 46).
172. SIEMERLING et CREUTZFELDT. — Bronzekrankheit und sklerosierende Encephalomyelitis. (*Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, 68, p. 217, 1923).
173. SPATZ. — Encephalitis. (*Bumke Handb. d. Geistesk.*, vol. XI, p. 157).
174. SPIELMEYER. — Ueber örtliche Vulnerabilität. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 118, p. 1, 1929).
175. SPIELMEYER. — Der anatomische Befund bei einem zweitem Falle von Pelizaeus-Mersbacherscher Krankheit. (*Zentralbl. f. d. Ges. Neur. u. Ps.*, 32, p. 203, 1923).

176. Stauffenberg. — Ein Fall von Encephalitis periaxialis diffusa. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 39, p. 56, 1918).

177. Steiner. — Multiple und diffuse Sklerose. (*Bumke Handb. d. Geistesk.*, vol. XI, p. 289).

178. Steiner. — Diffuse Sklerose mit Klinischen Tumorsymptomen. (*Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 54, p. 324, 1929).

179. Stewart, Greenfield et Blandy. — Encephalitis periaxialis diffusa. (*Brain*, 50, p. 1, 1927).

180. Strümpell. — Zur Pathologie der multiple Sklerose. (*Neurol. Centralbl.*, 15, p. 961, 1896).

181 Symonds. — A case of Schilder's encephalitis with a family history of the disease. (*Brain*, 50, p. 256, 1927).

182. Urechia, Mihalescu et Ekeles. — L'Encéphalite périaxiale diffuse type Schilder. (*Encéph.*, 19, p. 617, 1924).

183. Uyematsu. — A contribution to the study of glioma. (*Journ. of nerv. a. ment. Dis.*, 53, p. 81, 1921).

184. Valière-Vialeix. — Troubles oculaires... dans les encéphalites aiguës non suppurées... (*Thèse*, Paris, 1925).

185. Veidengammer. — Cité d'après Daddi.

186. Vogt. — Der Begriff der Pathoklise. (*Journ. f. Psychol. u. Neur.*, 31, p. 245, 1925).

187. Waggoner. — Traumatic case with unusual pathological observations. (*Arch. of Neur. a. Psych.*, 21, p. 294, 1929).

188. Walter. — Zur Symptomatologie und Anatomie der « diffusen Hirnsklerose. (*Monatsch f. Psych. u. Neur.*, 44, p. 87, 1918).

189. Walthard. — Spätstadium einer « Encephalitis » nach Masern. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 124, p. 176, 1930).

190. Weil et Cleveland. — A serologic study of multiple sclerosis. (*Arch. of Neur. a. Psych.*, 27, p. 375, 1932).

191. Weimann. — Grosshirnveränderungen bei Anämie. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 92, p. 433, 1924).

192. Weimann. — Zur Kenntnis der « Sogenannten » diffusen Hirnsklerose. (*Zeitsch. f. dè ges. Neur. u. Psych.*, 104, p. 411, 1926).

193. Weiss. — Ueber diffuse Sklerose des Hirns und Rückenmarks. (*Arb. a. d. neur. Inst. d. Wien. Univ.*, 7, p. 245, 1900).

194. Wohlwill. — Zur Frage der Sogenannten Encephalitis congenita. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 73, p. 360, 1921).

195. Wohlwill. — Ueber Encephalomyelitis bei Masern. (*Zeitsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*. 112, p. 20, 1928).

196. Worster-Drought. — Encephalitis periaxialis diffusa of Schilder. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 22, p. 174 et 175, 1928, et 23, p. 256, 1930).

197. worster-Drought et Hill. — Schilder's periaxial encephalitis. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, 24, p. 320, 1931).

DISCUSSION DU RAPPORT DE NEUROLOGIE

M. Noël Péron (de Paris). — Le rapport présenté par le Dr Moreau est d'une grande actualité. Les maladies qui y sont décrites sont ignorées jusqu'ici de la plupart des neurologistes et des psychiatres, qu'elles peuvent cependant également intéresser.

En ce qui concerne la maladie de Schilder, le diagnostic différentiel est souvent difficile avec les tumeurs cérébrales, certaines manifestations épileptiques, la sclérose en plaques. Les cas à symptomatologie psychique prédominante se présentent avec un aspect clinique de démence organique.

Au point de vue du processus lésionnel, la maladie de Schilder représente une forme de passage entre les infections à virus neurotrope et les processus de glioblastomatose.

M. Art. Donaggio (de Modène). — Le rapport de M. Moreau est une vraie monographie très bien documentée et conduite avec beaucoup d'esprit critique. L'orateur est incliné à admettre, d'accord avec le rapporteur, la parenté entre la maladie de Schilder-Foix et la sclérose en plaques. M. Moreau a rappelé les éléments qui rapprochent les deux maladies. Au point de vue histopathologique on pourrait peut-être contester l'affirmation du rapporteur, que dans la maladie de Schilder les lésions des cylindraxes sont plus fréquemment destructives que dans la sclérose en plaques. Pour connaître la condition des cylindraxes, les méthodes de réduction argentique (M. Moreau a employé la méthode à réduction argentique de Bielschowsky), ne peuvent pas donner des résultats concluants, ni une différenciation précise entre l'élément cylindraxile et l'élément fibrillaire névroglique. M. Donaggio rappelle qu'on obtient une identification et une différenciation des cylindraxes par les mêmes méthodes avec lesquelles il a démontré l'existence du réseau neurofibrillaire dans la cellule nerveuse des vertébrés (mét. III plus particulièrement pour la moelle ; mét. IV pour tout le système nerveux). Ces méthodes, dont on trouve quelques indications dans le traité de technique de M. Bertrand,

montrent d'une façon élective les cylindraxes aussi dans le système nerveux périphérique. Récemment, M. Gozzano (de Naples) a pu préciser la persistance des cylindraxes dans un cas de maladie de Schilder, en se servant de la méthode IV de M. Donaggio, alors que la méthode Bielschowsky n'avait pas pu lui permettre de s'assurer de cette persistance.

Pour ce qui a trait à l'importante question de l'origine toxique ou traumatique, nous possédons des documents même expérimentaux. M. Donaggio rappelle avoir démontré qu'à la suite d'une action traumatique expérimentale, il peut se faire qu'on ne trouve pas de lésion avec les méthodes communes : en employant ses méthodes pour les dégénérations précoces de la fibre nerveuse (tout à fait différentes dans ses méthodes pour la démonstration élective du réseau neurofibrillaire et des cylindraxes) il a pu révéler l'existence de *dégénérations précoces primaires distribuées en plaques* (v. C. R. du Congrès des aliénistes et neurologistes, Paris, 1925) : il est revenu sur cette documentation en matière de discussion du rapport de M. Lhermitte sur le traumatisme au Congrès international neurologique de Berne (août 1931).

M. Donaggio a obtenu aussi la démonstration de dégénérations précoces en plaques en rapport à des conditions toxiques ; par exemple, à l'intoxication par la saponine. L'exemple le plus frappant de dégénération expérimentale en plaques en rapport avec une intoxication dérive des recherches de MM. Luzzato e Levi, publiées dans les « Archives suisses de pharmacologie ».

Ces deux auteurs italiens se sont servi de la vinilammine : cette substance provoque la formation de dégénérations en plaques très nettes, nombreuses, visibles avec les méthodes de Donaggio, et distribuées dans tout le névraxe.

Les caractères des lésions en plaques obtenues expérimentalement par action traumatique et toxique permettent aussi d'apporter des éléments à une question sur laquelle, à juste titre, s'est arrêtée l'attention de M. Moreau : c'est-à-dire la question de la précession des lésions de la fibre ou bien des lésions de la névroglie dans la maladie de Schilder. L'orateur estime que la lésion la première en date est celle des fibres nerveuses, et que la modification neuroglique est successive, réactionnelle. L'action toxique, selon qu'il résulte des recherches expérimentales dont l'orateur a fait mention, s'exerce

en premier lieu sur la fibre nerveuse en produisant un trouble histochimique, après quoi l'on passe, sans distinction des cylindraxes, à l'atrophie graduelle de la gaîne myélinique et de la fibre entière. Pour s'en convaincre, il faut pouvoir suivre les modifications dans la phase absolument initiale avec les méthodes indiquées, tandis que d'ordinaire, la recherche est faite quand l'atrophie de la fibre est déjà avancée et que la névroglie a eu le temps d'augmenter.

M. Moreau affirme qu'il est impossible de dire à l'heure actuelle si l'agent nocif diffusé dans le parenchyme y détruit d'abord les gaînes myéliniques ou bien atteint primordialement la névroglie. Quelque chose de semblable avait été dit pour ce qui a trait à la sclérose de la partie moyenne du corps calleux, que l'on observe dans certains cas d'alcoolisme chronique de l'homme (« maladie de Marchiafava »). Un des élèves de l'orateur, M. Testa, a réussi à produire expérimentalement, avec l'intoxication alcoolique subaiguë, la lésion de la partie moyenne du corps calleux dans la phase initiale, et a démontré que la phase initiale du processus commence avec les modifications histo-chimiques de la fibre nerveuse, la névroglie étant encore intacte. Désormais, nous avons de nombreux documents pour pouvoir appuyer la conception que la première en date à réagir est la fibre nerveuse.

M. Barré (de Strasbourg). — Dans les divers travaux publiés sur les leucoencéphalites, la description clinique a été négligée par rapport à l'étude anatomo-pathologique. Désormais, c'est la symptomatologie qui devra retenir l'attention ; il est nécessaire de dégager les symptômes caractéristiques et essentiels, notamment ceux du début de la maladie. Ce n'est plus par l'anatomo-pathologie, mais seulement par la clinique, que nous pourrons progresser dans la connaissance de la maladie de Schilder-Foix.

M. Moreau, *rapporteur*. — Nous sommes très heureux d'entendre M. Péron insister sur l'importance diagnostique des leucoencéphalites. Il est à remarquer, en effet, que bon nombre d'entre elles ont été prises pour des tumeurs cérébrales et traitées comme telles. Au fur et à mesure que la connaissance de ces entités morbides pénétrera chez les neurologistes, de pareilles erreurs seront de moins en moins fréquentes. Et ceci

justifie tout spécialement les remarques de M. le Professeur Barré sur la nécessité d'une connaissance clinique plus profonde des leucoencéphalites. Il faut observer, cependant, que, jusqu'ici, on a le droit de rester dérouté devant leur symptomatologie protéiforme. Nous avons décrit six formes cliniques différentes et l'on pourrait, sans doute, en ajouter une septième : le type fébrile à rechutes (Bielschowsky). Ces divergences symptômatiques nous paraissent d'ailleurs constituer un des arguments les plus importants contre l'élévation des leucoencéphalites prises en bloc à la dignité de maladie autonome : parmi les cas de maladie de Schilder-Foix dispersés dans la littérature, bon nombre ne sont sans doute que des démyélinisations à topographie identique, mais à étiologie variable.

En ce qui concerne l'intervention de M. le Professeur Donaggio, elle nous paraît particulièrement précieuse puisqu'elle explique, en se basant sur des faits expérimentaux, certains aspects anatomiques des leucoencéphalites et qu'elle nous permet d'espérer voir à bref délai jeter une lumière intense sur leur pathogénie.

TROISIÈME RAPPORT

RAPPORT D'ASSISTANCE

ET

DISCUSSION

LA PROTECTION DES BIENS DES PSYCHOPATHES

Le rôle actuel du Curateur à la personne, celui qu'il devrait jouer

---

Aucun des nombreux rapports d'Assistance présentés aux sessions du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France n'a jamais traité jusqu'ici la question de la protection des biens des psychopathes. Celle-ci est cependant d'importance ; elle a fait l'objet de maintes prescriptions légales, tant dans le Code civil de 1804 que dans la loi sur les aliénés du 30 juin 1838, et pourtant, malgré ces dispositions, les manœuvres frauduleuses à l'égard des faibles de l'esprit ne sont pas rares. Aussi, à notre sens, l'effort que devrait tenter le législateur dans la réforme du régime des psychopathes devrait porter sur ce point beaucoup plus que sur le problème de la liberté individuelle. Nous employons à dessein l'expression: « psychopathes » au lieu d' « aliénés », car, selon les vues de M. le Président H. Michel (44), il faut se préoccuper non seulement des internés, mais aussi des nombreux malades dont l'état ne nécessite pas ou ne justifie pas l'internement. Ceux-ci sont bien souvent incapables de sauvegarder leurs intérêts pécuniaires, sans que soient cependant réunies les conditions prévues par le Code pour l'interdiction (état d'imbécillité, de démence ou de fureur, avec présomption d'incurabilité ou tout au moins de longue durée).

Réduit aux dimensions imposées par le règlement, ce rapport ne saurait être qu'une esquisse des grandes lignes de la question et une base pour la discussion. Obligés de laisser de côté une partie des problèmes que soulève le sujet, tel celui de la capacité civile des aliénés, nous avons dû l'aborder sous un certain angle, afin de nous limiter. Parmi les organismes créés par la loi de 1838 en vue de la gestion des biens et des intérêts

des malades, il est un rouage qui n'a pour ainsi dire jamais fonctionné, c'est celui du Curateur à la personne. L'étude de son rôle théorique permettra d'envisager combien il serait utile de voir ses fonctions réhabilitées et agrandies, ainsi que le demande M. l'Inspecteur général Dr Raynier (53).

Une bonne loi patrimoniale sur les aliénés devrait viser deux buts. Le premier serait de rendre très malaisées les manœuvres intéressées, qui, sur le terrain pécuniaire, peuvent aboutir à des internements injustifiés. Comme le faisait remarquer M. Saleilles, en 1904 : « Le jour où on aura déjoué toutes les fraudes éventuelles sur le terrain du droit patrimonial, on aura plus fait pour protéger la liberté individuelle qu'avec toutes les interventions judiciaires qu'on rêve d'introduire. » (58). Le second but serait de rendre impossibles les dilapidations de fortunes ou les transformations injustifiées opérées dans le patrimoine de l'aliéné par des administrateurs ou des tuteurs qui s'en croient les maîtres. C'est un devoir impérieux de solidarité et de charité que de s'intéresser à la situation des incapables, dont les malades de l'esprit sont une catégorie des plus attachantes et jusqu'ici des plus négligées.

Certains s'étonneront peut-être de voir un médecin s'aventurer sur un terrain qui relève plus du droit et de la jurisprudence que de la médecine. Mais l'expérience quotidienne montre que le médecin aliéniste est forcément mêlé à tout ce qui concerne l'intérêt de ses malades. C'est lui que la famille consulte le plus souvent sur la conduite à tenir dans tel ou tel cas, et sans intervenir personnellement dans la procédure, il est sans le vouloir le témoin de bien des difficultés, le confident de bien des embarras. Aussi, grâce à cette connaissance acquise par la pratique, est-il particulièrement à même de se rendre compte des lacunes ou des défauts de la législation (32, *a*).

APERÇU HISTORIQUE

Si loin qu'on remonte et qu'on pénètre dans l'histoire des peuples civilisés, on se trouve en face de dispositions législatives, dont le but est la protection des fous et des simples d'esprit. Les Romains n'ont pas échappé à cette nécessité sociale. Leur législation ne se bornait pas à protéger la société contre les furieux et les insensés, elle étendait cette même protection à la personne et aux biens des aliénés : à cet

effet, elle leur donnait un curateur ayant pour mission, à la fois de veiller à ce que les malades reçussent les soins nécessaires et d'administrer leur fortune. La loi des XII tables n'a légiféré qu'en faveur du « *furiosus* », c'est-à-dire de l'aliéné sujet à des intervalles lucides. Elle le plaçait sous la curatelle des *agnats* les plus proches, ou, à leur défaut, des *gentiles :* c'était la curatelle légale. Par la suite, le droit prétorien vint compléter cette législation en assimilant aux *furiosi* les « *mente capti* », dont la folie est continue et qui correspondent à nos déments. En ce cas, la curatelle pouvait être légitime ou dative, déférée par le magistrat : le préteur. Le curateur était responsable de sa gestion et devait rendre des comptes au malade à la fin de la curatelle et même à chaque intervalle lucide (42).

Les dispositions juridiques léguées par Rome ont, dans une certaine mesure, survécu dans les pays de droit écrit ; par contre, dans les pays de droit coutumier, les jurisconsultes ne paraissent s'occuper de la situation des fous que vers le XIII[e] siècle. L'interdiction prend place dans notre ancien droit français à une époque inconnue. Le jurisconsulte Domat (1625-1696) dans son ouvrage : *Les lois civiles dans leur ordre naturel,* dit que les insensés sont ceux qui sont privés de la raison après l'âge où ils devraient l'avoir, soit par un défaut de naissance, soit par un accident. Comme « cet état les rend incapables de tout engagement et de l'administration de leurs biens, on les met sous la conduite d'un curateur ». La démence devait être prouvée en justice, il y avait interrogation en chambre du conseil « devant Messieurs », et après l'interrogatoire, le tribunal désignait un curateur. Un autre jurisconsulte, Claude de Ferrière, cite deux arrêts de règlement tirés du livre des chartes des notaires, l'un du 18 mars 1614, ordonne que les jugements d'interdiction soient publiés tant à l'audience qu'à son de trompe par les carrefours et marchés, « à ce qu'aucun n'en prétende cause d'ignorance » ; l'autre, du 23 décembre 1621, prévoit l'inscription du jugement d'interdiction sur un tableau placé dans les études des notaires (62).

Il existait donc, au XVII[e] siècle, toute une procédure régulière de l'interdiction ; mais celle-ci n'empêchait pas les manœuvres frauduleuses, telle l'affaire du Maréchal de Luxembourg, rappelée par MM. Trénel et Michaut (64), d'après les Mémoires de Saint-Simon. Le duc de Piney-Luxembourg « était imbécile, ses parents le firent interdire juridiquement

et enfermer à Paris, à Saint-Lazare, et de peur que quelqu'un ne le fit marier, ils le firent ordonner diacre... ». Cependant, sa demi-sœur épousa M. de Bouteville, le futur maréchal, et voici comment Dangeau s'exprime dans son *Journal* au sujet de l'expédient employé afin d'obtenir le titre et les biens convoités: « Pour le faire Duc de Piney-Luxembourg par ce mariage, on leva 24 heures l'interdiction du diacre, qu'on interdit de nouveau et qu'on recoffra dès qu'il eut parlé tant et comme on voulut au contrat de mariage » (57).

Depuis cette époque, le Code Civil a consacré à l'aliénation mentale ce chapitre de l'interdiction, qui reste, en dépit des critiques, le fondement de la protection de nos malades. Cependant, l'expérience montra que les familles hésitaient à entreprendre la procédure longue et coûteuse de l'interdiction, aussi les législateurs de 1838 mirent-ils sur pied pour les aliénés internés un système de protection plus simple.

Une troisième étape reste enfin à franchir et c'est au législateur futur qu'il appartiendra d'achever, en réglant le sort et la situation juridique du psychopathe non interdit et non interné, l'œuvre commencée en 1804 et continuée en 1838. La question des services ouverts a pris, au cours de ces dernières années, une très grande ampleur. A notre avis, tout projet d'organisation de service d'hospitalisation libre pour psychopathes curables devrait envisager la protection des biens de ces malades.

D'autre part, depuis 1838, la répartition de la fortune a subi de profonds changements. D'après les recherches de M. d'Avenel (24), en France, la fortune aurait plus que quadruplé de 1826 à 1910. En réalité, cette hausse serait même encore plus élevée, car, depuis le premier quart du XIXe siècle, la multiplication des valeurs mobilières au porteur, l'usage des dépôts et placements à l'étranger a permis aux assujettis de dissimuler plus aisément et dans une proportion plus forte des biens, qui, sous la Restauration et sous Louis-Philippe, consistaient presque exclusivement en maisons et en terres.

Cette généralisation actuelle de la fortune a été bien mise en relief par les chiffres rapportés à la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine, dans ses séances du 22 janvier 1927 et du 28 décembre 1931. A la recette des Asiles, la comparaison entre la situation de 1913 et celle de 1931, montre que le mouvement des valeurs des aliénés internés a progressé de

2.800.000 fr. à 8.319.000 fr. et celui des fonds d'Etat de 98.000 fr. de rente à 537.000 fr. Quant au nombre des comptes-courants ouverts à chaque aliéné possédant des valeurs, il est passé de 2.500 à plus de 12.000. Le montant actuel du numéraire s'élève à 14.395.000 fr. Certaines de ces augmentations peuvent sans doute s'expliquer par le jeu de l'indice des prix, mais les derniers chiffres précisent cette généralisation des valeurs mobilières et l'augmentation du nombre des petits possédants (18). De même, le chiffre des participations en société s'est considérablement accru. Aussi devient-il indispensable d'adapter le système de la protection des biens des aliénés à ces nouvelles modalités de la fortune.



Une distinction fondamentale doit être établie entre les différentes situations légales dans lesquelles peut se trouver une personne atteinte de troubles mentaux :

a) Celle-ci peut être internée dans un établissement spécial ; elle est alors soumise aux dispositions de la loi de 1838.

b) Elle peut être interdite ou pourvue d'un Conseil judiciaire. Sa situation est en ce cas réglée par le livre premier, titre onzième du Code Civil, art. 489 à 513, et articles 890 à 898 du Code de Procédure civile.

c) Elle peut n'être ni interdite, ni internée, étant soignée soit à domicile, soit dans un service ouvert. Jusqu'à maintenant, elle n'est justiciable que du droit commun.

PREMIÈRE PARTIE

PROTECTION DES BIENS DES PSYCHOPATHES INTERNÉS ET NON-INTERDITS

Exposé de la loi du 30 juin 1838

I. Administration provisoire

La protection des biens de l'aliéné interné non-interdit est assurée par les articles 31 à 39 de la loi du 30 juin 1838, qui suppléent l'interdiction et la tutelle par une administration provisoire des biens et une curatelle à la personne. Sans rappeler ici les termes exacts de la loi de 1838, il est nécessaire d'indiquer, en quelques mots, le mécanisme légal actuel de la protection de l'aliéné interné et de ses intérêts.

L'administration provisoire des aliénés est assurée, tantôt par un administrateur légal désigné par la Commission de Surveillance et donné d'office à tout malade placé dans un établissement public, tantôt par un administrateur judiciaire donné par le Tribunal à telle ou telle personne déterminée placée dans un établissement d'aliénés, public ou privé. Dans le premier cas, l'administrateur est collectif et obligatoire, dans le second, il est individuel et facultatif.

L'administration légale ne se rencontre que dans les établissements publics, c'est-à-dire placés sous la direction de l'autorité publique. Les Commissions de surveillance de ces établissements ou les Commissions administratives des hospices exercent les fonctions administratives et elles désignent un de leurs membres pour les remplir. Cet administrateur légal, qui est en principe toujours le même et dont la mission s'étend à chaque nouvel aliéné interné, est choisi d'avance par la Commission, en général dans sa séance ordinaire de janvier (art. 8 du Règlement intérieur du 20 mars 1857).

La Commission de Surveillance, par l'intermédiaire de son délégué, gère les biens des malades et accomplit les actes juridiques. Mais cet administrateur n'a pas le maniement des deniers ; celui-ci est exclusivement et légalement confié au

receveur de l'Asile (art. 31). Ce dernier effectue les encaissements de fonds et les paiements concernant les biens de l'aliéné, mais il n'est qu'un agent d'exécution, il n'a pas l'initiative des opérations, il ne peut les pratiquer que sur mandement de l'administrateur.

Les fonctions de l'administrateur provisoire se bornent à la gestion des biens ; seuls, lui sont permis les actes urgents et les mesures conservatoires provisoires ; la charge de la personne et la représentation de l'aliéné en justice lui restent étrangères.

Les pouvoirs de l'administrateur légal sont énumérés par la loi à l'article 31 :

1° Il procède au recouvrement des créances, et ce recouvrement comprend : *a*) la réception des capitaux et des intérêts, *b*) l'exercice des poursuites envers les débiteurs. Sauf en cas de titre exécutoire, il ne peut agir en justice qu'après une désignation du Tribunal l'habilitant comme mandataire *ad litem*. Le montant recouvré des créances est versé à la caisse du receveur.

2° Il peut acquitter des dettes.

3° Il passe des baux d'une durée n'excédant pas trois ans. L'administration provisoire est donc plus étroite que les autres administrations du Code Civil qui permettent les baux de neuf années.

4° Il peut même, en vertu d'une autorisation spéciale accordée par le Président du Tribunal, faire vendre le mobilier, c'est-à-dire les meubles corporels.

5° Sous le régime de la loi de 1838, l'administrateur n'avait pas le pouvoir d'aliéner le capital mobilier du malade ; mais la loi du 27 février 1880 a rendu possibles ces aliénations, après autorisation du Conseil de famille ou de la Commission de surveillance remplissant « à cet effet les fonctions attribuées au Conseil de famille » (art. 8). Si la valeur des meubles incorporels à aliéner dépasse, d'après l'estimation du conseil, 1.500 fr. en capital, la délibération doit être soumise à l'homologation du Tribunal en Chambre du Conseil. En raison de la dévalorisation du franc, et en vue de mettre la loi en harmonie avec les circonstances et le coût de la vie actuelle, une loi récente du 9 juillet 1931 a porté ce taux à 7.500 fr.

Enfin, la loi de 1880, en son article 6, prescrit à l'adminis-

trateur de faire emploi des capitaux dans le délai de trois mois, à moins que le Conseil de famille ne fixe un délai plus long. L'article 5 ordonne, dans le même délai, la conversion en titres nominatifs des titres au porteur appartenant à l'incapable ou lui advenant par succession.

Cependant, une circulaire du Ministère de l'Intérieur, en date du 5 avril 1909, a prescrit qu'avec l'autorisation de la Commission de surveillance faisant fonction de Conseil de famille, l'administrateur légal pourrait surseoir à la conversion des titres au porteur lorsque cette conversion entraine des frais ou des difficultés ; les titres doivent être alors déposés à la Caisse des Dépôts et Consignations par le receveur de l'Asile qui en percevra les revenus avec l'autorisation de l'administrateur et sur la production d'un certificat du directeur constatant la présence de l'aliéné dans l'établissement.

En pratique, les dépôts à la Caisse des dépôts entraînent de nombreuses difficultés et lenteurs. C'est ainsi que cette Caisse n'admet qu'un compte global par établissement et ne dresse que des mandats en bloc et des récépissés collectifs ; aussi la Maison Nationale de Charenton, depuis 1905, et les Asiles de la Seine depuis 1910, ont-ils décidé de confier la garde de ces titres au porteur, en attente de conversion ou non susceptibles d'être convertis, à la Banque de France, qui accepte ces dépôts isolément et libelle les récépissés au nom de chaque aliéné avec la mention : « placé sous l'administration provisoire de la Commission de Surveillance de l'Asile de... ». Au moment de la sortie, il suffit d'une procuration ou d'une décharge notariée pour obtenir le retrait des valeurs. Cette procuration, dont les frais s'élèvent seulement à quelques francs, est une formalité de droit commun, puisque la signature du retrait n'est pas la même que celle donnée au moment du dépôt.

6° La loi dispose (art. 36) que l'administrateur peut, sans difficultés, représenter un aliéné dans les inventaires, comptes, partages et liquidations dans lesquels il est intéressé.

7° Enfin, suivant les termes de l'art. 27, l'administrateur a le droit de former directement contre les parents de l'aliéné, tenus à la dette alimentaire, une action en paiement de ses frais d'entretien. Si un jugement de condamnation intervient contre les débiteurs de la dette alimentaire, le recouvrement doit en être poursuivi par les comptables du département,

comme en matière de contributions directes (art. 28 de la loi du 29 avril 1921 et art. 17 de la loi du 12 avril 1922).

Tels sont les pouvoirs et les différentes attributions de l'administrateur provisoire avec les limites qui lui ont été imposées. Tous les actes de disposition et d'administration définitive lui sont défendus ; il ne peut compromettre, transiger, contracter un emprunt, vendre des immeubles, hypothéquer les biens... Dans tous ces cas, il faut recourir au seul moyen légal régulier : l'interdiction.

Cependant, la jurisprudence a une tendance très marquée devant les nécessités de la pratique, à élargir de plus en plus les pouvoirs de l'administrateur provisoire. Cette tendance existe depuis de longues années et elle correspond en fait au désir des familles d'éviter l'interdiction. Malgré un certain nombre d'arrêts contraires rendus sur des cas d'espèce par des Cours d'appel ou par la Cour de Cassation, on peut dire, qu'à l'heure actuelle, la jurisprudence reconnaît à l'administrateur provisoire tous pouvoirs, sous le contrôle du Tribunal, hormis pour les actes de disposition de biens immobiliers, pour la transaction et le compromis (47).

L'administration judiciaire s'oppose à l'administration légale en ce sens qu'elle est donnée à un malade déterminé et qu'elle est doublement facultative, puisque, dans tous les cas, elle exige une demande et de plus, reste soumise au pouvoir d'appréciation du Tribunal. Elle résulte d'un jugement rendu en Chambre du Conseil par le Tribunal Civil du lieu du domicile, après délibération du Conseil de famille et sur les conclusions du Procureur de la République. Cette nomination ne peut être demandée que par le conjoint ou les parents de l'aliéné, par la Commission de surveillance d'un établissement public ou par le Procureur.

On admet généralement que les pouvoirs de l'administrateur judiciaire ont la même étendue légale que ceux de l'administrateur légal. Cependant, une différence capitale existe entre ces deux agents ; l'administrateur judiciaire possède, en effet, le maniement direct des fonds de l'aliéné et c'est cette manutention qui justifie la garantie hypothécaire que le Tribunal peut constituer sur ses biens. Les pouvoirs conférés par le Tribunal cessent de plein droit à l'expiration d'un délai de trois ans, mais ils peuvent être renouvelés (art. 37, alinéa 2).

II. Représentation en justice

Afin d'éviter de faire prononcer l'interdiction chaque fois qu'un aliéné aurait besoin d'introduire une demande en justice, la loi a admis que, dans tous les cas, le Tribunal pourrait désigner un mandataire spécial. Elle ajoute que l'administrateur peut être nommé mandataire *ad litem* (art. 33). Même dans ce cas, chaque instance entraîne une désignation nouvelle.

III. Curatelle a la personne

La loi de 1838 a introduit, à côté de l'administrateur provisoire et du mandataire *ad litem,* un troisième organe de contrôle, dont elle se promettait merveille. Voici comment Chardon, dans son *Traité des trois puissances,* s'exprime sur les pouvoirs du Curateur à la personne : « Sa mission est de veiller à ce que les revenus de l'aliéné lui procurent tout ce qui peut adoucir son sort et accélérer sa guérison, conséquemment d'empêcher, non seulement les infidélités dont les premiers mandataires voudraient se rendre coupables, mais aussi toute économie ou spéculation, qui, en améliorant ses capitaux au profit de ses héritiers, le condamnerait à quelque privation. Il est encore chargé d'épier le moment où, la raison reprenant son empire sur l'esprit de cet infortuné, on devra le rendre à la liberté et à l'exercice de tous ses droits. Pour que jamais l'intérêt personnel ne puisse énerver la vigilance de ce protectorat, tout héritier présomptif en est exclus. Une disposition aussi rigoureuse, puisqu'elle étend la suspicion légale jusque sur les pères et mères, est un emprunt fait à la loi anglaise, par la Commission de la Chambre des Pairs. Ce n'est pas sans difficultés qu'elle fut adoptée par la Chambre, et dans celle des Députés, un amendement en fit excepter les ascendants. Mais le projet revenu à la Chambre des Pairs, l'inflexible rapporteur, M. Barthélemy, fit observer à la Chambre que cette rigueur n'avait trouvé place dans la loi anglaise, qu'après une enquête qui avait mis au jour des turpitudes commises même par des ascendants, et finit par cette judicieuse réflexion: une exclusion générale, prononcée par la loi, ne peut être blessante; prononcée par un Tribunal, elle devient une injure sanglante. L'amendement fut rejeté. » (15).

De même, l'administrateur provisoire ne peut être nommé curateur ; cette interdiction s'explique par elle-même, puisque

le curateur a un droit de surveillance sur l'emploi des revenus de l'aliéné et un pouvoir de contrôle sur l'adaptation de ses ressources au traitement général dont il est l'objet.

La curatelle est impossible si l'interné est interdit et a un tuteur. Dans tous les autres cas, elle est possible mais facultative ; elle exige en effet une demande, sous forme de requête, soumise à l'appréciation du Tribunal. D'après l'article 38, peuvent faire la demande : l'interné lui-même, un de ses parents ou amis, le conjoint et le Procureur de la République. Le jugement de nomination est rendu en Chambre du Conseil et n'est pas susceptible d'appel.

Les fonctions de curateur prennent fin, comme les autres charges établies par la loi de 1838, dès que l'aliéné, guéri ou non, n'est plus interné.

La nomination du curateur étant essentiellement facultative, il en résulte qu'en fait, très peu d'aliénés en sont pourvus, aussi Foville a-t-il pu écrire en 1870 : « Sur plusieurs milliers d'aliénés dont nous avons eu à nous occuper, deux ou trois à peine, à notre connaissance, étaient pourvus d'un curateur ; encore, en dix ans de pratique dans les Asiles publics, ne nous rappelons-nous pas avoir vu une seule fois un curateur intervenir pour surveiller activement le bien-être du malade confié à sa sollicitude. » (32 *a*, page 135).

Cette critique reste toujours aussi vraie, bien que, depuis quelques années, en exécution d'une instruction interministérielle du 6 juillet 1926, des curateurs aient été nommés à tous les aliénés non-interdits pensionnés militaires au titre de l'article 55 et internés dans les asiles publics ou les asiles privés faisant fonction d'asiles publics. Ce curateur, qui est en général le même pour tous les pensionnés de l'établissement, est choisi de préférence parmi les membres du Comité départemental des mutilés, ce qui est une garantie pour l'adoucissement du sort du malade.

Critique de l'administration provisoire

Les lacunes que renferment les dispositions de la loi de 1838 se firent sentir aussitôt après sa promulgation. Un grand nombre d'appréciations défavorables s'élevèrent sur la valeur de l'administration provisoire. Ces critiques portèrent sur cinq points principaux :

1° Insuffisance de la protection ;

2° Complication de la protection ;
3° Détermination défectueuse des pouvoirs ;
4° Insuffisance du contrôle ;
5° Difficultés en cas de « sorties d'essai ».

Mais avant d'aborder ces critiques particulières, un examen général de la loi de 1838 s'impose. L'imperfection essentielle de cette loi, en ce qui concerne la protection des biens, est son inachèvement. Tout y est prévu, mais tout y reste ébauché. Comme le remarque M. Saleilles : « Tout ce qui devait être fait en 1838 pour organiser un système complet et rationnel, on l'a entrevu. Mais on a dû s'arrêter à mi-chemin. Les esprits n'étaient pas mûrs pour une réforme intégrale. Il fallait que les inconvénients des demi-mesures se fissent sentir. » (58).

I. Critique générale

L'élaboration de la partie de la loi qui concerne la protection des biens peut se diviser en trois étapes, correspondant : 1° au projet initial du Gouvernement ; 2° à son rejet par la Chambre des Députés ; 3° aux discussions postérieures devant les deux Chambres.

Le projet de loi sur les Aliénés, déposé à la Chambre par le Gouvernement le 6 janvier 1837, prévoyait l'internement sans interdiction préalable, mais par contre, une demande en interdiction devenait obligatoire à l'expiration de deux années d'internement.

La Chambre des Députés repoussa ce projet, et la Commission, à l'instigation de son rapporteur, M. Vivien, décida de rendre l'internement et l'interdiction complètement indépendants l'un de l'autre et de créer une protection nouvelle qui porte le nom d'administration provisoire. L'organisation de cette protection donna lieu à des discussions souvent confuses et obscures. Une des premières questions qui se posèrent fut celle de savoir si l'administration provisoire serait obligatoire ou facultative. Le projet Vivien, présenté à la séance du 18 mars 1837, prévoyait une organisation de l'administration variant suivant les établissements : dans les établissements publics, système de l'administration légale forcée au profit des commissions de surveillance, et dans les établissements privés, système de l'administration judiciaire purement facultative.

Un amendement présenté par M. le Comte Portalis à la

Chambre des Pairs demandait que, passé un certain délai après le placement, la nomination d'un administrateur judiciaire pour les individus placés dans les établissements privés cessât d'être facultative et fût imposée par la loi. Mais on objecta les craintes si respectables de la part des familles de voir la publicité se faire sous une forme quelconque sur le malheur qui frappe l'un des leurs et l'inconvénient grave qu'il y aurait à imposer cette exigence à délai fixe, lorsque la guérison est proche et qu'on peut déjà la pressentir. Ces raisons furent déterminantes et l'amendement fut repoussé (40, III p. 83). Le principe d'une administration judiciaire purement facultative fut maintenu pour les individus placés dans les établissements privés. Ainsi apparut une première lacune de la loi, *l'insuffisance de protection.*

La seconde question soulevée devant le Parlement porta sur l'assimilation des pouvoirs de l'administrateur et de ceux du tuteur. Le projet voté à la Chambre des Députés en première lecture se référait aux dispositions de l'article 113 du Code Civil concernant le présumé absent et prévoyait la faculté de commettre un notaire pour le représenter dans les comptes, partages et liquidations dans lesquels il serait intéressé (40 II p. 61). A la Chambre des Pairs et sur le rapport complémentaire de M. le Marquis Barthélemy, on finit par se rendre compte que toute cette réglementation était trop vague et insuffisante ; on eut l'intuition que ce provisoire pourrait durer longtemps et même « permettre aux familles de se passer peut-être longtemps de l'interdiction » (40, II p. 344 et III p. 36). On fut amené à préciser certains actes d'administration courante que l'administrateur pourrait faire : recouvrement des créances, paiement des dettes, passation des baux de courte durée. De même, on décida que, pour introduire une demande en justice, le Tribunal pourrait, dans tous les cas, nommer un mandataire spécial.

Ainsi commençait à se dessiner le système définitif de la loi de 1838 avec cette pluralité d'organes constitués en vue de l'administration des biens. Un troisième rouage fut de même introduit par la Chambre des Pairs à l'exemple de la législation anglaise, c'était le Curateur à la personne (40, II p. 346). De ces décisions successives a découlé une division des pouvoirs entraînant une *complication de la protection et une restriction arbitraire des pouvoirs* de l'administrateur.

Ces questions tranchées, il restait à statuer sur la durée de

l'administration provisoire. Un premier point certain, et qui devait constituer une différence essentielle avec la tutelle organisée en matière d'interdiction, était que les pouvoirs de l'administrateur devaient cesser de plein droit par le seul fait de la sortie de l'aliéné sans qu'il fût besoin d'un jugement de mainlevée. Mais si l'on suppose le cas si fréquent d'un placement qui se prolonge indéfiniment, allait-on admettre que ce provisoire pût s'établir à titre définitif ?

A la Chambre des Pairs et au sein des Commissions, on avait songé à exiger, après un délai d'un an, l'ouverture obligatoire d'une procédure en interdiction (40, III, p. 37 et 115). Mais ce principe fut repoussé sans qu'on y ait même fait allusion au cours de la discussion. Par contre, on reconnut la nécessité d'obliger les familles à examiner la situation de leurs malades à échéances fixes et à revenir discuter leurs intérêts devant les tribunaux. L'administration renouvelable était créée (40, III, p. 144). Un amendement présenté à la Chambre des Pairs par le Général vicomte Pernetty, décida qu'après un certain délai, fixé d'abord à deux ans, puis à trois, l'administration judiciaire cesserait de plein droit, de telle sorte que pour la renouveler il faudrait une nouvelle nomination faite par le Tribunal. Malheureusement, l'amendement n'imposait aucune obligation de rendre des comptes, et ainsi *disparut l'efficacité du Contrôle* sur la gestion de l'administrateur.

En résumé, tout le système de la loi de 1838 s'orientait vers l'interdiction, mais on n'osait pas l'imposer. On aurait voulu que les familles fussent amenées indirectement à la demander (58). Or, à tort ou à raison, les familles acceptent de moins en moins l'interdiction ; les formalités, la procédure judiciaire, la publicité, l'appareil dont elle est entourée, leur répugnent. Devant cette résistance, on est bien obligé de se contenter, malgré quelques difficultés de fonctionnement, du système de l'administration provisoire.

II. Critique spéciale. Quelques faits

1) Insuffisance de la protection

Théoriquement, une différence capitale sépare les deux formes d'administration : l'une, judiciaire, est facultative, l'autre, légale, est nécessaire. Tout aliéné interné dans un établissement public bénéficie de plein droit d'une adminis-

tration légale. Au contraire, la protection de l'aliéné interné dans un établissement privé, dépend d'une demande d'administration judiciaire doublement facultative. Or, s'il est excessif de confondre les notions d'établissement public et d'indigence, d'établissement privé et de richesse, il est certain qu'elles correspondent le plus souvent à la réalité. De telle sorte que l'administration légale fait défaut justement lorsqu'elle paraît le plus indispensable (37).

Pour les malades placés dans les maisons privées, la protection des biens n'étant pas obligatoire est le plus souvent inexistante, car les familles restent libres de demander ou non un administrateur judiciaire. En pratique, peu nombreuses sont celles qui introduisent pareille demande, et ainsi se perpétue une gestion inorganisée et non surveillée, prêtant à tous les abus. Parfois, les familles prennent soin du patrimoine de l'aliéné, mais trop souvent il arrive que l'internement favorise leurs convoitises. Sans exagérer la fréquence de ces abus, il faut reconnaître que le seul moyen de mettre les familles au-dessus de tout soupçon est de leur imposer un contrôle, qui écarte ainsi toute suspicion calomnieuse.

Quoi qu'il en soit, les exemples suivants rapportés dans les procès-verbaux de la Commission de surveillance des asiles de la Seine ne montrent que trop combien des familles peu scrupuleuses savent profiter du défaut de protection des biens des malades internés dans les asiles privés (18).

Observation I. — Une nommée D... exploitant un commerce de plumes et fleurs artificielles, est internée d'office au Pensionnat de Ville-Evrard. Bientôt son mari essaye de faire vendre le fonds de commerce. L'Administration avisée fait apposer les scellés et demande la nomination d'un mandataire *ad litem*. Aussitôt le sieur D..., guidé par un homme d'affaires et appuyé par un conseiller municipal, obtient du Préfet de Police, un arrêté autorisant le transfèrement d'office de la malade dans une maison de santé privée de Sceaux. L'administrateur légal se trouve sans pouvoir pour s'opposer à la mainlevée des scellés, et il est bien évident que le placement dans une maison particulière n'a été fait que dans le but de détourner la fortune de la malade (Com. Surv. Seine. Séance du 2 avril 1885).

Observation 2. — Une dame Al... est placée volontairement à Sainte-Anne par un de ses frères. L'administrateur fait venir ce parent et lui demande la remise des valeurs appartenant à l'aliénée et dont l'existence lui avait été signalée par un autre membre

de la famille ; sur le refus du parent détenteur des valeurs, l'administrateur fait apposer les scellés au domicile de la malade et se prépare à faire l'inventaire. Aussitôt le parent se pourvoit pour faire sortir sa sœur de l'Asile Ste-Anne et la placer dans un établissement privé. Ainsi la fortune de la malade se trouva à la merci de celui qui la détenait. Le cas fut d'ailleurs signalé au Procureur de la République en lui demandant de provoquer au besoin l'interdiction de l'aliénée. (Com. Surv. Seine. Séance 5 nov. 1885).

Un moyen fréquemment employé consiste à réduire progressivement la pension du dément jusqu'à lui imposer le régime commun ou son transfert dans un asile moins coûteux. C'est ainsi qu'au cours de la discussion de la loi à la Chambre des Pairs, le Vicomte Dubouchage a cité le fait suivant :

Observation 3. — Un mari, riche de 100.000 fr. de rente fixa à 3.600 fr. la pension qui lui paraissait nécessaire pour assurer à sa femme, qu'il avait placée dans une maison de santé, une existence correspondant à son train de vie antérieur. Dès la seconde année, il ramena ce chiffre à 2.400 fr. et finit même par réduire cette pension à 800 fr. (40, II, p. 415. Séance 7 février 1838).

Depuis, les dépositions des Drs Mottet et Falret devant la Société de Législation comparée sont venues confirmer ces faits. Ils sont universels et l'observation suivante rapportée par le Dr Winslow dans les *Annales médico-psychologiques* de 1851 vient à l'appui de cette affirmation :

Observation 4. — Deux frères du nom d'Austie avaient été placés depuis de longues années dans un Asile d'Angleterre. Ils jouissaient chacun d'un revenu de 8.750 fr. Pendant plusieurs années on avait payé pour chacun d'eux 2.750 fr. de pension, puis tout paiement avait cessé. Or les économies faites par les tuteurs furent évaluées à 750.000 fr. sur lesquels 225.000 fr. avaient été partagés entre les frères et sœurs des aliénés. Une pétition fut présentée au Lord chancelier par le secrétaire de la Société des Amis pour le soulagement des aliénés. Après avoir entendu les deux parties, le chancelier déclara nécessaire d'augmenter la pension des aliénés, afin de leur assurer un entretien conforme à leur fortune. Il blâma la conduite des parents, qui n'est d'ailleurs que la reproduction de cent autres cas pareils.

Il est malheureusement trop fréquent, même dans les familles les plus honnêtes, de voir celles-ci perdre peu à peu

la notion d'une personnalité qui s'efface. « On ne compte plus sur la guérison, si même elle survenait, elle surprendrait un peu. Et déjà on considère la succession comme ouverte. Un aliéné qui s'attarde dans la vie, c'est un peu comme un absent qui n'a plus reparu depuis longtemps. Sans scrupule et sans la moindre malhonnêteté, croyez-le bien, on croit pouvoir traiter ses biens comme on ferait d'une hérédité jacente. » (58). Ce sont ces mœurs qu'il faut réformer, cet état d'esprit qu'il faut combattre, de même que certains abus qui entraînent des placements, sinon arbitraires, du moins injustifiés. Ceux-ci sont extrêmement rares, et quand on en cherche les motifs, neuf fois sur dix, la raison en est dans un intérêt purement patrimonial. Ou bien il s'agira d'empêcher un testament, une reconnaissance d'enfant naturel, un mariage qui déplaît ou menace les héritiers ; ou bien on convoitera un détournement, sinon des capitaux, du moins des revenus. Etablir un contrôle légal, imposer une administration surveillée, tels doivent être les premiers éléments d'une réforme. Il faut y joindre l'obligation de fournir un état de situation initial de la fortune du malade interné. Cet inventaire immédiat, même s'il est négatif, est de toute nécessité, car c'est la seule base qui permettra à l'administrateur d'exercer fructueusement sa mission. Actuellement, comme le remarque M. A. Tardieu, dans son rapport de l'Inspection générale de 1911, l'administrateur ne reçoit pratiquement de renseignements que par la préfecture, celle-ci envoyant généralement au maire un questionnaire pour lui demander quelles sont la situation de famille et la fortune du malade. Dans quelques asiles, la direction s'efforce de recueillir des renseignements intéressants auprès des familles et des maires. Mais cet usage excellent est malheureusement trop peu répandu (60).

Le Dr S. Garnier a réuni, en 1902, à la suite d'une enquête minutieuse, un assez grand nombre de faits, qui viennent confirmer la nécessité de cet inventaire (34). En voici quelques-uns :

Observation 5. — La nommée V..., célibataire, est placée d'office à l'Asile de D..., le 23 août 1863. Vingt-six ans plus tard, le maire de sa commune fait connaître qu'elle possède trois parcelles de terre cultivées par son frère et son beau-frère, d'une valeur locative de 20 fr. On fait alors, à la requête de l'administateur, un rappel de cinq années de fermages, et on découvre que le beau-frère n'avait point payé à sa sœur malade une somme de 640 fr., pour sa part

dans la licitation de bâtiments indivis (acte notarié). A la suite d'une procédure fort longue, le capital de 640 fr. et cinq années d'intérêts furent payés en 1892, soit 29 ans après l'internement de la malade (4).

Cette observation démontre la facilité avec laquelle on peut dissimuler l'avoir d'un aliéné séquestré. Ce fait n'aurait pû se présenter si, au moment du placement, on avait produit obligatoirement un état de ce que possédait l'aliénée.

Observation 6. — La nommée B..., célibataire, est transférée, le 16 octobre 1897, des Asiles de la Seine dans l'Asile de son département. Elle possédait 5 à 6.000 fr. de titres et valeurs diverses, provenant de la succession de son père et d'un partage anticipé fait par sa mère. Dans un accès délirant, elle était venue se réfugier, emportant ses valeurs, chez son frère. Après l'internement, le frère, qui avait conservé les fonds, refusa d'en donner la nomenclature ; l'administration provisoire fit procéder à un récolement d'inventaire, le 16 août 1898, à la suite duquel le frère finit par verser les fonds, le 16 décembre 1898, à la caisse du receveur de l'Asile d'A... (34).

Ici, le frère a fini par restituer les fonds de sa sœur, mais il avait eu ces valeurs pendant un an à sa disposition et que serait-il arrivé s'il les avait gaspillées ?

Observation 7. — Le 10 mars 1862, la nommée Marguerite S... est placée d'office à l'Asile comme indigente. Le 2 août 1864, c'est-à-dire plus de deux ans après, l'administrateur apprend par hasard qu'elle possède un petit avoir net de 714 fr., lui provenant de la succession de ses parents. Il écrit au Juge de Paix, et on découvre alors que ses six frères et sœurs se sont partagés cette petite somme. L'affaire en est restée là (34).

Cette observation prouve que, pour beaucoup de personnes, la séquestration dans un Asile d'un parent aliéné équivaut à une sorte de mort civile qui permet de disposer valablement de ses biens. D'autre part, elle montre que l'administrateur, informé tardivement de l'existence d'un petit avoir, ne peut souvent plus intervenir fructueusement.

2. Complication de la protection

Les organes de protection sont au nombre de trois : l'administrateur légal ou judiciaire, le mandataire spécial et le curateur à la personne. Peu s'en fallut qu'on en admît un

quatrième : le notaire commis ; mais heureusement cette complication fut repoussée par la Chambre des Députés. En théorie, aucun des trois agents n'est inutile : l'administrateur gère les biens ; le curateur prend soin de la personne ; le mandataire plaide. Cependant, il serait facile d'unifier ces rouages compliqués, par exemple en réunissant, sous la même autorité, les fonctions d'administrateur et celles de mandataire *ad litem.*

De plus, la complication de la protection offre pratiquement un autre danger. Si la nomination d'un administrateur est assez fréquente, extrêmement rare est celle d'un curateur. La protection cesse alors d'être complète et efficace, puisque l'une de ses parties fait défaut.

3. Détermination défectueuse des pouvoirs

Les pouvoirs accordés à l'administrateur provisoire sont-ils suffisants à assurer une bonne gestion ? Non, car ces pouvoirs sont mal définis et n'ont même pas l'étendue de ceux des administrateurs du bien d'autrui. Ceux-ci peuvent passer des baux de neuf années, alors que les baux de plus de trois ans sont interdits par la loi de 1838, ce qui est souvent très préjudiciable aux intérêts bien compris de l'aliéné, en matière de fonds de commerce ou d'industrie.

La loi ne règle pas la question des successions et communautés ; elle laisse l'administrateur sans pouvoir sur les immeubles qu'il ne peut ni acheter, ni vendre ; il ne peut hypothéquer, transiger, compromettre, emprunter. Il n'y a de ressource que dans l'interdiction. Cependant, deux lois sont venues élargir les pouvoirs de l'administrateur. L'une, celle du 27 février 1880, assimile l'administrateur au tuteur pour l'aliénation des valeurs mobilières. L'autre est la loi du 19 mars 1917, complétée par celle du 18 mars 1918, qui simplifie la procédure de partage, par voie de requête collective (voir la note de M. le Président Monin, *Aliéniste Français,* décembre 1927). Malheureusement, ces lois, votées pendant la guerre, n'avaient qu'un caractère provisoire et temporaire, une nouvelle loi du 15 décembre 1921 en a codifié les principes, mais, par une inadvertance regrettable, elle est restée muette en ce qui concerne les représentants des aliénés non interdits. Il résulte cependant, tant des travaux préparatoires que de la discussion de la loi devant les Chambres (*J. O.* annexe 1921, Sénat 554, page 890 et Chambre des Dépu-

tés 3441, page 247) qu'il s'agit là d'une omission. Sur l'initiative de M. Raiga, la Commission des Asiles de la Seine s'est émue de cette situation et, dans sa séance du 17 juin 1930, elle a émis le vœu qu'une rectification législative intervienne sans tarder (50 *b*). Dans la discussion du projet de réforme de la loi de 1838 au Sénat, et sur la demande de M. le Dr Raynier, Commissaire du Gouvernement, un texte fut préparé en vue d'insérer cette réforme si désirable dans le projet.

L'absence de fonds d'avance rend souvent difficile pour l'administrateur légal la gestion des biens de ses administrés et va à l'encontre des intérêts de ceux-ci.

En voici deux exemples typiques cités par M. Culaud, à la séance du 26 février 1927 de la Commission de Surveillance des Asiles de la Seine (18).

Observation 8. — Un immeuble appartenant à l'aliéné R..., acheté 150.000 fr., était grevé d'une dette hypothécaire légère (25.000 fr.). Par suite du défaut de paiement d'un semestre d'intérêts à l'échéance, soit 912 fr., il a dû être mis en vente sur saisie-immobilière et a été acheté à un prix inférieur à la valeur réelle par le créancier saisissant : 82.000 fr. Celui-ci, avant même d'en avoir payé le prix, a remis en vente immédiatement le pavillon, au prix de 180.000 fr. Dans ce cas, la femme de l'aliéné, loin de chercher à conjurer la saisie-immobilière, l'aurait favorisée, à la suite d'une entente avec le futur acquéreur, ce qui laisse supposer qu'il se serait produit une véritable collusion au préjudice de l'aliéné.

Observation 9. — Le parent d'une malade, Mlle Or..., s'était fait remettre par elle, avant son internement, près de 25.000 fr., sans lui en délivrer reçu. Le service de la tutelle a pu, non sans peine, obtenir de lui une reconnaissance de dette. Mais, faute de disponibilité, cette pièce n'a pu être enregistrée. Cette reconnaissance n'aurait donc pas eu une date certaine à l'égard des tiers, si l'administrateur n'avait eu l'occasion d'en faire état, dans un exploit d'opposition sur prix de vente du fonds de commerce intéressant le créancier.

Une difficulté subsiste également en ce qui concerne les évasions. Les procès-verbaux des séances de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine (séance du 14 juin 1915) relatent une espèce intéressante à cet égard (18) :

Observation 10. — Un malade, Boe..., placé d'office, le 28 novembre 1913, s'évada de Ville-Evrard le 7 septembre 1914. Pen-

dant l'internement, l'administrateur légal avait recouvré une créance de 4.000 fr. Retiré à Grenoble depuis plusieurs mois sans incident, Boe... demanda la restitution de cette somme. Le Préfet de Police, prié par la préfecture de la Seine de régulariser la sortie de Boe..., déclara que ce malade étant maintenant domicilié hors du ressort de sa préfecture, il ne lui appartenait plus de prendre une décision à son égard. Après discussion, la Commission, se basant sur les termes de l'article 37 de la loi : « Les pouvoirs conférés (à l'administrateur) cesseront de plein droit dès que la personne placée dans un établissement d'aliénés n'y sera plus retenue », a émis l'avis que l'administrateur ne pouvait remettre son patrimoine à un aliéné que sur justification de sa sortie régulière, ou, à défaut, sur autorisation de justice.

4. Insuffisance du contrôle

La loi de 1838 ne prévoit aucun contrôle de la gestion des biens, elle n'impose aucune reddition de comptes périodiques. Dans la pensée des législateurs, on estimait que celle-ci aurait lieu à chaque période de renouvellement triennal. Mais il n'en est rien ; on se contente, à chacune de ces échéances, de renouveler les pouvoirs de l'administrateur, sans exiger de lui aucun compte si ce n'est à la sortie de l'aliéné, qui est souvent tardive. Aussi les surprises ne sont-elles pas rares. En voici un cas, cité par M. le Dr Legrain, à la séance de la *Société d'études législatives* du 28 avril 1904 :

Observation 11. — Il s'agissait d'une malade atteinte de mélancolie sénile. Agée de 55 ans, elle avait été placée à Ville-Evrard par son mari. Elle n'avait que lui comme proche parent. Ce mari avait une assez belle fortune. Quelque temps après le placement de cette femme, le mari meurt. La malade reste seule. On lui donne donc un administrateur judiciaire, nommé par le tribunal. Il liquide la situation et ne se préoccupe dorénavant que de payer la pension. Or, il advint qu'au bout de cinq ans, la malade sortit de sa mélancolie et arriva à la guérison. Au cours de celle-ci, elle s'intéressa à ses affaires. Mais depuis quelques années, l'administrateur provisoire n'avait plus donné signe de vie. La pension n'était plus payée par lui, et c'étaient des amis qui s'étaient entremis pour payer la pension de la malade. Il fut malheureusement aisé d'établir la disparition pure et simple de cet administrateur professionnel, qui avait, non seulement dilapidé la belle situation de fortune de cette malade, mais bien d'autres avec (12, p. 338).

Il est bien certain qu'une reddition de comptes périodique et obligatoire aurait empêché une pareille aventure.

Les administrateurs légaux ne sont tenus à aucune reddition de comptes. Mais les aliénés ont un privilège sur le cautionnement du receveur qui, légalement, est seul comptable. Cette garantie peut être considérée comme suffisante, car le plus souvent les fortunes sont modiques. Mais il peut arriver que les administrateurs ne versent pas les fonds dans la Caisse de l'Asile, tel le fait suivant rapporté par M. le D[r] Constans, Inspecteur général du service des aliénés :

OBSERVATION 12. — En juillet 1870, faisant l'inspection de l'Asile de Rodez, je constatai un arriéré considérable dans les recettes, j'en cherchai la cause ; il résultait de ce que l'administrateur provisoire, qui ne versait pas les sommes reçues, n'avait pas même payé les pensions de ses administrés depuis plusieurs années, bien qu'il eût, me dit-on, encaissé des sommes bien supérieures à la dette. Le pauvre receveur avait bien fait, mais sans succès, quelques timides réclamations, comment aller plus loin ? Cet administrateur, membre de la Commission de surveillance, était un homme si considérable dans le pays que, bien que le fait fût connu de quelques personnes, aucune n'osait parler. Je dus intervenir personnellement près du procureur impérial, qui tout en accueillant ma requête, me parla lui-même de ménagements nécessaires. Les événements de cette année 1870 étant survenus, je n'ai pas connu le résultat final (20).

Une ébauche de contrôle a été prévue avec le Curateur. Mais sa nomination reste facultative, et même serait-il nommé, la situation resterait la même ; le curateur est sans pouvoir légal pour se faire rendre les comptes de l'administrateur.

5) DIFFICULTÉS EN CAS « DE SORTIES D'ESSAI »

Enfin, c'est également en matière de sortie, que le problème de la protection des biens soulève des objections. L'enquête, faite en 1902 par M. le D[r] Legrain, dans son rapport au Conseil Supérieur de l'Assistance publique, sur *la convalescence des aliénés* (41), montre combien les médecins hésitent avant d'accorder aux malades convalescents le bénéfice d'une sortie d'essai, ou aux malades incurables, celui d'un congé, qui leur permet de conserver un certain pied dans leurs familles. « Et si les médecins refusent parfois aux malades, les bienfaits de ces états de liberté passagère, c'est parce qu'ils ont le souci de la protection des biens des malades, et aussi parce que leur responsabilité n'est mise à couvert par rien en cas d'abus commis par l'aliéné en liberté (12). »

Projets de réforme

Il serait inutile et surtout fastidieux de reprendre un à un chacun des projets de loi, qui se sont successivement proposé de réformer la loi de 1838.

Si on laisse de côté la proposition déposée le 21 mars 1870 par MM. Gambetta et Magnin, on peut dire que tout le mouvement législatif qui s'est produit sur cette question depuis 60 ans, a son point de départ dans une enquête due à l'initiative privée. C'est en effet l'enquête organisée en 1869 par la *Société de Législation comparée* et dont les résultats furent relatés dans l'étude si remarquable de M. le conseiller Bertrand, qui suscita les travaux de la Commission extraparlementaire de 1881, d'où sortit le projet du Gouvernement, présenté au Sénat le 25 novembre 1882.

Dans le travail de M. le conseiller Bertrand se retrouvent consignées et exposées, avec une remarquable lucidité, toutes les critiques qui n'ont cessé d'être faites à la loi de 1838, ainsi que les réformes à y apporter (6). Son influence est encore très visible dans le rapport encyclopédique de M. le Sénateur Th. Roussel, déposé en 1884 (56) ; et le projet amendé par la Commission ne fut définitivement voté par le Sénat qu'en 1887 (11 mars 1887).

En 1889, M. Bourneville dépose à la Chambre un rapport sur le projet du Sénat, et, depuis, rapports et projets se succèdent :

1890. — Nouvelle proposition Reinach sur la base du projet du Sénat.

1891. — Rapport de M. Lafont.

1894. — Reprise de la proposition par MM. Reinach et Lafont.

1894. — Nouveau rapport de M. Lafont.

1898. — Proposition et rapport de M. Dubief.

1902. — Seconde proposition de M. Dubief et rapport (29).

1904. — Entre temps, un projet intéressant est mis sur pied, après de longues études, par la *Société d'Etudes législatives* (12).

1907. — Après discussion, un texte est voté par la Chambre (29 janvier 1907).

1910. — Le projet transmis au Sénat fait l'objet d'un rapport de la part du Dr Gérente (36), puis en 1912 de M. Strauss (59, *a*).

1913. — Après modifications, le projet est adopté par le Sénat en première délibération, le 23 décembre 1913.

1924. — Un nouveau projet est déposé par le Gouvernement devant le Sénat.
1928. — Important rapport de M. Strauss (59, *b*).
1930 et 1931. — Après discussion, le Sénat a, dans sa séance du 3 mars 1931, renvoyé le projet à la Commission pour rapport supplémentaire.

La réforme de l'administration des biens n'est envisagée que dans les projets déposés avant la guerre ; au contraire, le projet Strauss 1924, fait montre en cette matière d'une circonspection surprenante.

Quant à la désignation de l'administrateur provisoire, on peut distinguer cinq systèmes principaux suivant les projets (58) :

1) Celui de 1882 (art. 45 et 46) distinguait suivant qu'il s'agissait d'établissements publics ou privés. Pour les premiers, il se bornait à reproduire le système de la loi de 1838 : administration légale déférée aux Commissions de surveillance, mais pour les aliénés placés dans les établissements privés, on faisait chaque année désigner par le Président du Tribunal une ou plusieurs personnes compétentes auxquelles serait dévolue l'administration provisoire.

2) La Commission du Sénat, qui, dans sa proposition de 1884, avait adopté l'idée proposée par la *Société de législation comparée* d'une commission permanente départementale centralisant le contrôle et la surveillance des asiles, avait déféré à cette commission l'administration légale de tous les aliénés, qu'ils soient traités en établissements publics ou privés (art. 54).

A côté de cette administration légale, on admettait que la famille et le Procureur pouvaient demander au Tribunal la nomination d'un administrateur définitif (art. 59). Ses pouvoirs étaient analogues à ceux d'un tuteur (art. 61).

3) Le projet du Sénat de 1887 et le projet Dubief rejettent le système de la Commission permanente et adoptent la liste judiciaire, dressée par avance par le Président du Tribunal et sur laquelle le Ministre de l'Intérieur désigne une ou plusieurs personnes destinées à servir de curateurs à la personne. Ceux-ci devaient être de droit administrateurs provisoires, sauf exception pour le mari.

Parallèlement à cette administration légale subsiste une administration judiciaire compliquée en ce sens qu'elle se

dédouble. Ayant dans tous les cas les pouvoirs d'un tuteur, l'administrateur pourra être désigné, soit par le Tribunal : administrateur judiciaire, soit sur la requête de certains parents par le Conseil de famille : administrateur datif (projet Dubief, 1903, art. 55).

4) Le projet voté en 1913 n'accepte plus de confondre administrateur provisoire et curateur à la personne, ce qui était inadmissible puisque l'un doit surveiller l'autre. Il revient à l'administration légale déférée à la Commission de surveillance pour tous les malades des asiles publics ou privés, mais avec une large extension des pouvoirs (art. 41). Il n'y a plus d'administrateur datif, mais un administrateur judiciaire peut être nommé par le Tribunal. Il a les mêmes pouvoirs que le tuteur de l'interdit (art. 42) et il est obligatoirement assisté d'un curateur auquel il doit rendre des comptes une fois tous les ans (art. 43).

5) Le nouveau projet de M. Strauss abandonne la plupart de ces dispositions, et on ne peut que le regretter. Sauf une précision sur la cessation des pouvoirs de l'administrateur en cas d'évasion, il maintient le régime actuel de la loi de 1838. Dans ce projet, nous ne retrouvons ni la protection obligatoire pour les malades des asiles privés, ni l'extension des pouvoirs de l'administrateur, ni les redditions de comptes au curateur, dont la nomination reste facultative. Une initiative intéressante cependant : la possibilité de nommer un curateur à la personne même en cas d'interdiction sur la demande du malade ou de son tuteur (art. 52).

Alors que le projet législatif actuellement en discussion laisse de côté tout remaniement de la protection des biens des malades internés, il est curieux de constater que le Gouvernement, ayant été amené récemment à réorganiser l'assistance psychiatrique en Indo-Chine, y a, par contre, prévu la gestion des biens des aliénés avec un luxe de détails inusité. Le décret du 18 juillet 1930 traite la question en 16 articles, qui reproduisent, pour la plupart, les termes du projet voté en 1913, avec cependant la faculté d'un rouage supplémentaire : l'administrateur datif, dont la nomination est réservée au Conseil de famille après homologation du Tribunal (*J. O.*, 23 juillet 1930). Il sera intéressant dans quelques années de voir, si, malgré sa complication, le système instauré en Indo-Chine donne les résultats heureux qu'en attendent ses protagonistes.

Aperçu de la législation étrangère

Allemagne. — Le Code civil allemand, réformé en 1901, ne comporte que deux mesures de protection pour les biens des aliénés ; l'interdiction ou *Vormundschaft* et la Curatelle ou *Pflegschaft*. L'application de ces mesures est absolument indépendante de l'internement dans un asile. Il n'y a aucune analogie entre le curateur français et le curateur allemand ; ce dernier remplace l'administrateur provisoire et le mandataire *ad litem*. L'article 1910 du Code civil permet la nomination d'un curateur à tout sujet incapable de s'occuper activement de ses affaires par suite d'infirmités physiques (cécité, surdité, mutisme) ou psychiques. La demande de curatelle émane de toute personne qui y a un intérêt ; elle est adressée au juge de baillage, qui nomme le curateur sans être tenu de prendre l'avis du médecin. Par contre, il doit obtenir « le consentement de l'infirme, à moins qu'une entente avec lui ne soit impossible ». Le curateur doit rendre compte de ses actes au juge des tutelles, et il doit à l'intéressé une reddition de compte final lors de la levée de son mandat (22 et 23).

En somme, comme l'indique M. le Dr Courbon, la curatelle est une mesure rapide, souple et simple, puisqu'elle rend hommage à la lucidité survivante du malade et permet la solution de toutes les difficultés concernant la sauvegarde de ses biens. Médicalement, on peut lui reprocher de ne pas exiger l'avis du médecin pour conclure à la capacité d'entente du sujet. En pratique le médecin est toujours consulté pour les individus internés. De plus, la curatelle exige une demande, et en attendant qu'elle soit organisée, toutes les manœuvres sont possibles. Sur ce point le droit allemand est inférieur au droit français, qui n'offre le même danger que pour les individus placés dans un établissement privé (8).

Angleterre. — En Angleterre, comme en France, les aliénés sont divisés en deux grandes catégories : les aliénés interdits et ceux qui ne le sont pas. Tandis que l'administration des biens des premiers est soumise à des règles excessivement minutieuses, celle des seconds, au contraire, est abandonnée à peu près complètement à l'arbitraire des parents de l'aliéné. Seuls deux articles de la loi du 7 août 1862, appelés du nom de leur auteur : « *Clauses Shaftesbury* », réglementent sans aucune obligation cette situation. Il y est dit que le Lord Chancelier peut prendre l'administration de la fortune de l'aliéné lorsqu'il apprend que ses intérêts ont besoin de protection, mais seulement si la fortune de cet aliéné ne dépasse pas 1.000 livres sterling en capital ou 50 livres de revenu annuel. En ce cas il n'est pas besoin de provoquer l'interdiction (*Inquisition*). Pratiquement, d'après le rapport de Foville, ces mesures seraient peu utilisées (32 *b*).

Belgique. — La loi belge du 18 juin 1850, inspirée par la loi française de 1838, a été revisée par une loi du 24 janvier 1874. Celle-ci, en son article 31, a prévu une extension des pouvoirs de l'administrateur ; c'est ainsi que celui-ci peut : accepter une succession sous bénéfice d'inventaire, emprunter, consentir une hypothèque, représenter l'aliéné en justice. La protection est d'autant mieux assurée en Belgique que ces dis-

positions s'appliquent aux malades internés dans les établissements privés. Par contre, la loi n'a pas prévu le curateur à la personne.

En outre un règlement organique, en date du 1er juin 1874, édicte dans ses articles 74, 85, 87, 88 et 89 un ensemble de mesures destinées à compléter les précédentes. C'est ainsi que dans le dernier mois de chaque période triennale, et avant qu'il puisse être procédé au renouvellement du mandat de l'administrateur provisoire, celui-ci est tenu de rendre un compte sommaire de sa gestion au Conseil de famille convoqué pour délibérer à cet effet (art. 90). D'autre part, le bourgmestre du domicile ou de la résidence de l'aliéné prend immédiatement des mesures pour la conservation des biens de celui-ci. Il informe le juge de paix de la collocation de l'aliéné et lui fait connaître les circonstances qui pourraient nécessiter son intervention (art. 86). Ainsi le bourgmestre et le juge de paix ont un rôle tracé d'avance qui rend possibles certaines mesures conservatoires immédiates qu'en France il est très difficile de prendre (56).

Italie. — Une loi, en date du 14 février 1904, s'occupe de la garde et des soins des aliénés. Au sujet des biens, l'article 2 dispose : « La garde provisoire des biens de l'aliéné incombe au juge de paix et à l'autorité locale de sûreté publique. Le Tribunal, en prononçant l'admission définitive, nomme, le cas échéant, un administrateur provisoire qui devient le représentant de l'aliéné, selon les règles de l'article 330 du Code Civil, jusqu'à ce que l'autorité judiciaire se soit prononcée sur l'interdiction » (36). L'administrateur provisoire semble donc avoir le rôle et les pouvoirs d'un tuteur. C'est une tutelle provisoire. Les modalités ci-dessus sont conservées dans le projet de réforme de 1923 (35).

Luxembourg. — Dans le Grand-Duché, une loi du 7 juillet 1880 fixe les conditions du régime des aliénés. Cette loi reproduit les dispositions de la loi française de 1838, cependant le deuxième paragraphe de l'article 31 assimile l'administrateur provisoire au tuteur. D'autre part, d'après l'article 33, l'administrateur doit, de même que le tuteur de l'interdit, fournir tous les trois ans un compte sommaire de sa gestion au Conseil de famille. Il n'est pas prévu de curateur.

Pays-Bas. — Une loi datant de 1841 a été remplacée par la loi du 27 avril 1884. Celle-ci prescrit que, lorsqu'il y a lieu de pourvoir à l'administration des biens d'un aliéné, le Tribunal de son dernier domicile nomme sur demande un administrateur provisoire. La femme peut être chargée de l'administration provisoire des biens de son mari. Sauf l'autorisation du juge du canton, l'administrateur ne peut accomplir que des actes de simple administration (art. 33).

En somme, il n'y a pas d'administration légale, et il s'écoule toujours, avant la nomination d'un administrateur judiciaire, un intervalle sans protection. Tous les actes faits en vertu de la loi sur les aliénés sont exempts de timbre, d'enregistrement et de frais d'exécution.

Suisse. — Ces questions sont réglées en partie par le droit fédéral, en partie par le droit cantonal. Le droit fédéral (Code Civil du 10 décembre 1907 entré en vigueur le 1er janvier 1912) ne connaît pratiquement qu'un

moyen de protéger le patrimoine de l'aliéné : c'est l'interdiction. L'article 393 prévoit cependant l'institution d'une curatelle, lorsque l'individu est incapable de gérer ses biens ou de choisir un mandataire, sans qu'il y ait lieu cependant de lui nommer un tuteur. Mais, comme le font remarquer Rossel et Mentha, dans leur *Manuel du droit civil suisse*, la règle est que les personnes atteintes de maladies mentales soient interdites et il n'y a d'exception que si la maladie est assez légère ou doit être assez brève pour que l'on puisse renoncer à une mise sous tutelle. Le curateur fait dresser un inventaire et peut procéder aux seuls actes conservatoires ; s'il doit prendre d'autres mesures, il lui faut le consentement de l'Autorité tutélaire, c'est-à-dire soit le conseil communal, soit la justice de paix. Il rend compte de sa gestion au Conseil de surveillance cantonal (55). Avant la promulgation de ce nouveau Code, des mesures analogues avaient déjà été prévues dans trois cantons, par des lois spéciales : Neuchâtel (23 mai 1879), Genève (25 mai 1895) et Vaud (14 février 1901).

Conclusions

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte sur la valeur propre du système de protection établi en 1838, il est certain que ce système est suranné et qu'il ne satisfait plus aux tendances médicales de notre époque. Cependant « l'édifice de la loi de 1838 a des soubassements solides, loin de le renverser de fond en comble, il suffit de lui donner son complément nécessaire. ...Ne créons pas un système de toutes pièces, mais faisons évoluer dans le sens de leur fonctionnement normal, les rouages qui existent déjà... Les mœurs sont prêtes pour accepter, bien plus pour réclamer, le perfectionnement nécessaire qu'appellent les demi-mesures de 1838 » (58).

Les malades placés dans les asiles privés sont aujourd'hui encore dépourvus de toute protection pour la conservation de leurs biens. Il est incontestable que la sauvegarde de la loi doit être étendue à leur profit, grâce à une administration légale « automatique ». L'administrateur provisoire légal pourrait continuer à être désigné parmi les membres de la Commission de surveillance, offrant ainsi toutes garanties : garantie de compétence, car il est le plus souvent choisi parmi des magistrats ou officiers ministériels anciens ou en exercice ; garantie de désintéressement, puisque dans l'exercice de fonctions gratuites, il ne sera jamais tenté, pour augmenter ses honoraires, de sacrifier à son intérêt personnel l'intérêt des malades dont il gère le patrimoine ; garantie d'intégrité, puisqu'il ne peut avoir le maniement des deniers et valeurs. A côté de lui, se trouve obligatoirement le receveur des asiles,

comptable public, soumis au contrôle de l'Inspection des finances et de la Cour des Comptes, et dont le cautionnement garantit la gestion. L'administrateur est seulement ordonnateur, il prescrit au receveur d'encaisser ou de payer, mais il ne pourrait lui-même, sans encourir le risque d'être déclaré comptable occulte, s'immiscer dans le maniement des fonds (59, *a*).

L'administrateur légal pourrait être placé sous le double contrôle de la Commission de surveillance et du Tribunal ; de la Commission qui serait appelée à donner son autorisation pour les actes d'administration les plus importants, et à qui l'administrateur, nommé pour un an, devrait rendre compte de sa gestion ; du Tribunal qui dans un certain nombre de cas (vente de biens immobiliers ou mobiliers au-dessus de 7.500 fr. (*), répudiation de successions) devrait homologuer l'autorisation donnée par la Commission de surveillance. L'administrateur judiciaire verrait ses pouvoirs étendus allant au besoin jusqu'à ceux du tuteur. Ici, la présence obligatoire d'un curateur se justifierait parce que les intérêts de l'administrateur, souvent choisi parmi les membres de la famille, peuvent être en opposition avec ceux de l'aliéné et parce que l'administrateur judiciaire ayant le maniement des fonds doit être soumis à une surveillance plus rigoureuse que l'administrateur légal, qui est seulement ordonnateur et non comptable. Le curateur étant nommé par jugement pour prendre soin d'une seule personne serait en mesure de remplir pratiquement la mission qui lui serait confiée.

Pour l'un et l'autre administrateur (légal ou judiciaire), il y aurait intérêt à réglementer les renseignements et états à leur fournir rapidement sur la situation de fortune de leurs administrés, par la famille, le maire, le contrôleur des contributions directes, le receveur d'enregistrement. Ces renseignements seraient également fournis aux parquets pour contrôle éventuel.

Il faudrait établir le principe des redditions de comptes périodiques, à fournir par l'administrateur légal à la Commission de surveillance, par l'administrateur judiciaire au Conseil de famille ou mieux aux autorités judiciaires.

Il n'y aurait que des avantages à réduire le nombre des

(*) Chiffre qui pourrait être porté à 20.000 fr. suivant le récent projet de la *Société d'Etudes Législatives* (49).

agents s'occupant des intérêts de l'aliéné et à réunir dans les mêmes mains l'exercice de l'administration provisoire et du mandat *ad litem.*

Enfin, il serait opportun de prévoir, dans certains cas, la gratuité des frais de procédure nécessités pour les nominations d'administrateur et de curateur, tout au moins en ce qui concerne les aliénés placés dans les établissements publics ou privés faisant fonction d'asiles publics (53).

DEUXIEME PARTIE

PROTECTION DES BIENS DES PSYCHOPATHES INTERDITS

I. L'interdiction

L'interdiction est la situation d'un individu mis en tutelle pour le soin de sa personne et de ses biens, parce qu'il est en état habituel de démence. Cette mesure de protection légale est réglée par le Code civil, articles 489 à 512.

L'aliéné majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit même lorsque cet état présente des intervalles lucides (art. 489). L'interdiction ne peut être provoquée que par le conjoint ou les parents, en somme par les héritiers de l'aliéné. Le procureur lui-même ne peut la provoquer que dans le cas de fureur ou si le malade n'a aucun parent connu (art. 491). La demande en interdiction doit être portée devant le Tribunal de première instance, et les faits invoqués doivent être articulés par écrit. Avant tout acte d'instruction, le Tribunal doit demander l'avis du Conseil de famille sur l'état de la personne qu'il s'agit d'interdire ; puis il interroge en Chambre du Conseil ou à son domicile l'aliéné supposé et, s'il y a lieu, il fait procéder à une enquête. Si l'instruction est secrète, le débat sur le fond par contre a lieu, de même que le jugement en audience publique.

Si l'interdiction est prononcée, son effet est d'assimiler l'aliéné à un mineur pour sa personne et ses biens, et il lui est nommé par son Conseil de famille un tuteur et un subrogé-

tuteur. Le mari est de droit tuteur de sa femme interdite. Dans tous les autres cas, la tutelle est dative et la désignation du tuteur est faite par le Conseil de famille.

La loi porte (art. 510) que les revenus de l'interdit doivent être essentiellement employés à adoucir son sort, mais cette obligation est purement morale. Selon le caractère de sa maladie et l'état de sa fortune, le Conseil de famille peut décider son placement dans une maison de santé. Il peut aussi fixer la somme à laquelle s'élèvera la dépense annuelle de l'aliéné ainsi que celle de l'administration de ses biens (art. 454). Mais ces prescriptions n'ont pas de sanction et ne sont pas exécutées. Le subrogé-tuteur n'a pas le droit de s'immiscer dans l'administration du tuteur et il ne peut agir que dans les circonstances où les intérêts de ce tuteur sont en opposition directe et évidente avec ceux de l'aliéné (art. 420). Quand le Conseil de famille le juge convenable, le tuteur peut être tenu de lui remettre des états de situation de sa gestion, mais là encore il n'y a aucune obligation.

Les pouvoirs du tuteur varient dans les limites fixées par le Code civil. Un certain nombre d'actes nécessitent l'autorisation du Conseil de famille, d'autres plus importants l'homologation par le Tribunal.

L'interdiction cesse avec les causes qui l'ont déterminée, la demande de mainlevée doit être adressée au Tribunal civil, elle est instruite et jugée dans la même forme que l'interdiction (art. 512).

II. Appréciation critique de l'interdiction

Bien que l'interdiction soit restée l'objet d'une sorte de respect traditionnel, elle a cependant soulevé un certain nombre de critiques dans les milieux psychiatriques, depuis les appréciations de Renaudin (54) et de Legrand du Saulle (42) jusqu'aux récentes conclusions de MM. Raynier et X. Abély (52). Quant à l'opinion des juristes, elle est analogue ; c'est ainsi que les professeurs Colin et Capitant (17) estiment que : « notre système tutélaire passe avec raison pour l'une des parties les plus faibles de notre législation civile ». Tout récemment la *Société d'Etudes législatives* a abordé la discussion d'un projet de modification de la législation sur la tutelle, sous la direction de M. le bâtonnier Mennesson. Après avoir été étudiée en commission, cette question a fait l'objet

d'un rapport très documenté de la part de M. A. Prud'homme (49).

1) *Exagération des frais et de la publicité.* — C'est aujourd'hui un fait d'expérience que l'interdiction tombe en désuétude. Les formalités, les lenteurs de sa procédure judiciaire, l'appareil dont elle est entourée, effraient les malades et répugnent aux familles. Sans parler des frais élevés de la procédure (3.000 fr. environ, si l'on n'obtient pas le bénéfice de l'assistance judiciaire), la publicité qui en résulte est une des causes primordiales de l'échec de ces mesures. Il est tout naturel de voir les familles hésiter à révéler au dehors le malheur qui les frappe.

2) *Provocation de l'interdiction.* — La nécessité de la tutelle, qui protègera les biens et la personne de l'aliéné est laissée à l'appréciation de ses héritiers. Si ces derniers estiment qu'ils ont plus d'intérêt à ne pas la provoquer, ils peuvent rester dans l'inaction. Le Procureur, d'après l'article 491, ne peut intervenir que dans des conditions bien spécifiées : le cas de fureur ou l'absence de parents connus. Hors ces cas, l'action du Ministère public n'est pas recevable (Cassation Civ., arrêt du 21 juillet 1909, Sirey 1911-1-13). Récemment, MM. Trénel et Michaut ont rapporté l'observation d'un détournement d'héritage au détriment d'une imbécile. L'interdiction de cette malade n'a pu être prononcée, les parents refusant d'en faire la demande, et le Procureur ne pouvant légalement intervenir (64).

Le Code civil favorise les héritiers beaucoup plus qu'il ne protège le malade. Il reste imbu des principes du droit romain primitif, dans lequel la tutelle était créée en faveur des héritiers, afin de maintenir le patrimoine familial (42).

3) *Insuffisance du Conseil de famille.* — L'interdiction est une protection un peu archaïque, organisée sur une base purement familiale, dont toutes les garanties reposent sur une institution aujourd'hui reconnue bien défectueuse, celle du Conseil de famille. « La faillite de cette institution » se manifeste de plusieurs façons et tient à plusieurs causes.

D'abord le Conseil de famille n'est pas un organe permanent. « Il ne se réunit que sur une initiative venue du dehors, lorsqu'un de ses membres sollicite sa convocation. Il en résulte qu'il est en fait, et, sauf au début de la tutelle, très rarement

convoqué et qu'il ne peut pas exercer une direction effective sur la marche de l'administration tutélaire (17). »

Le Conseil de famille n'est qu'un instrument de ratification et trop souvent son intervention ne constitue qu'une garantie illusoire. « C'est qu'en effet, il est composé bien des fois de personnes, parents, alliés ou amis, absolument incapables en affaires et qui, pis est, indifférentes, soucieuses avant tout d'éviter toute responsabilité, voire tout dérangement. Le Code (art. 412) donne aux membres du Conseil de famille la faculté de se faire représenter dans cette assemblée par un mandataire spécial, avec cette seule restriction qu'un fondé de pouvoirs ne peut représenter qu'une seule personne. Les membres du Conseil usent et abusent de ce droit de se faire remplacer et l'on voit parfois, surtout à Paris, des Conseils de famille presque uniquement composés de clercs d'avoués et de notaires ! On devine ce que peuvent être des délibérations ouvertes dans de telles conditions. Le tuteur obtient facilement le blanc-seing qu'il sollicite. Chacun a hâte de s'en aller, de retourner à ses affaires personnelles. Le juge de paix président, fût-il animé de la meilleure volonté, ne peut suppléer à cette inertie....., il ne sait que ce que lui disent les parents et se trouve réduit à enregistrer leur volonté (17). »

4) *Inobservation fréquente des règles légales.* — En raison de la complication de ses rouages, notre système tutélaire ne suit pas toujours rigoureusement les prescriptions légales. MM. Colin et Capitant rappellent que lors d'une enquête faite par M. Dufaure, Ministre de la Justice, en 1872, sur le fonctionnement des tutelles, il y avait à cette époque, en France, 212.784 tutelles irrégulières (17).

5) *Pouvoirs excessifs du tuteur.* — Le tuteur est chargé à la fois de la protection des biens et de celle de la personne de l'interdit. Pour la gestion du patrimoine, les pouvoirs du tuteur sont très étendus, et, comme ce dernier est généralement l'héritier présomptif de l'interdit, il est évident que le tuteur a intérêt à faire le plus d'économies possibles alors que son devoir serait d'employer toutes les sommes disponibles à la guérison et au bien-être du malade. Les revenus de l'interdit sont trop souvent thésaurisés, et les familles cupides, loin de se conformer aux intentions du législateur (art. 510) songent plutôt à spéculer sur la fortune du malheureux qu'à s'en servir pour améliorer son sort. L'autorité du tuteur est

trop exclusive et l'on peut penser, avec Renaudin, que le jugement qui prononce l'interdiction devrait en même temps statuer sur l'emploi des revenus de l'interdit (54).

Malgré les progrès incontestables réalisés depuis la loi de 1880, il existe encore des cas où le tuteur peut accomplir sans contrôle des actes qui devraient être surveillés. C'est ainsi qu'il peut encaisser des capitaux librement et en donner décharge, sans avoir même à aviser le subrogé-tuteur.

La surveillance du tuteur est d'autant plus illusoire que celui-ci n'est obligé de rendre compte qu'au moment où finit sa gestion. La loi permet bien au Conseil de famille d'imposer des comptes annuels à remettre au subrogé-tuteur sous le nom d'état de situation, mais ce n'est là qu'une pure faculté et pratiquement, il n'en est fait que très rarement usage. En dehors de cela, le subrogé-tuteur n'a aucun moyen d'exercer sa surveillance ; ignorant les rentrées d'argent, il ne peut en surveiller l'emploi. « Trop souvent, il ne sera instruit des malversations, s'il s'en produit, qu'après qu'elles seront devenues irréparables (17). »

En raison de cette absence de contrôle, le nombre des fortunes que l'on cite comme ayant été dilapidées est considérable. « Mais là n'est pas encore le plus grand mal, ajoute le Conseiller Bertrand. C'était déjà trop que la loi civile eut compromis la fortune de l'aliéné en mettant l'honnêteté de son tuteur à une trop rude épreuve ; la loi de 1838 a encore aggravé la situation et compromis non seulement la fortune, mais la personne de l'aliéné, en attribuant au même tuteur un pouvoir absolu sur sa personne (6). » C'est ainsi que l'interdiction confère au tuteur seul le droit de demander la sortie d'un malade interné (art. 14, loi de 1838). Ni le subrogé-tuteur, ni les membres du Conseil de famille n'ont la même prérogative. De même, selon les termes de l'article 29, le tuteur seul, à l'exclusion de l'interdit lui-même et de ses parents, a le droit de recourir à la justice pour solliciter la mise en liberté. Cette restriction est excessive et dangereuse pour la liberté individuelle de l'interdit. « Il n'eût pas fallu faire d'exception à son encontre, mais seulement exiger que le tuteur fût toujours appelé, avant que le jugement fut rendu, à fournir son avis au Tribunal et à lui indiquer les motifs qu'il juge de nature à s'opposer à la sortie de son pupille (33). »

Rappelons enfin que la loi refuse à l'aliéné interdit, la pro-

tection d'un curateur dont un des rôles essentiels est de « veiller à ce que le malade soit rendu au libre exercice de ses droits aussitôt que sa situation le permettra » (art. 38).

De plus, nouvelle restriction, l'interdit qui quitte l'asile ne peut être remis, en aucun cas, qu'à son tuteur (art. 17).

En somme, il résulte de cet état de la législation que si l'aliéné a un tuteur peu honnête, celui-ci non surveillé peut non seulement dissiper la fortune de son pupille, mais encore prolonger sans nécessité par son inaction ou sa mauvaise volonté l'internement (52).

6) *Cessation de la protection.* — Là, également, les prescriptions légales sont sujettes à critiques, et il suffit de laisser la parole à Renaudin : « Combien plus pénible est l'impression qui résulte de l'interdiction, lorsque le malade, revenu à la santé, a besoin, pour rentrer dans l'exercice de ses droits, de se soumettre aux formalités d'une sorte de réhabilitation qui lui rappelle les pénibles épreuves qu'il a traversées (54). »

7) *Observations.* — Les deux observations suivantes, relevées par le Dr Samuel Garnier, illustrent d'une façon frappante la plupart des critiques indiquées :

Observation 13. — La nommée H... fut placée comme pensionnaire à l'Asile d'A..., le 27 janvier 1883. Successivement, elle descendit de classe jusqu'à devenir indigente. Elle avait été interdite par jugement du 21 novembre 1893, et son frère, nommé tuteur, dilapida, malgré les prescriptions de la loi de 1880, les ressources de la malade. Comme il laissait impayé un arriéré de 275 fr. sur la pension de sa sœur, il fut poursuivi ; mais il établit facilement que, réfugié chez un de ses frères, il n'avait aucune ressource, et il n'y eut aucune sanction (34).

Observation 14. — La nommée P..., fille unique, célibataire, fut placée à l'Asile de D... au compte de sa famille, le 25 septembre 1879. Sa pension fut régulièrement acquittée par les parents jusqu'à leur décès, en 1882. L'année suivante, l'interdiction fut poursuivie à la requête d'une tante, et à la date du 2 mai 1883, un jugement intervint. Son oncle C..., ayant été investi ultérieurement des fonctions de tuteur, il sollicita le placement d'office de sa pupille au compte du département, s'engageant à rembourser la totalité des frais de séjour. Au bout de quelque temps, il remit tacitement la gestion des affaires de sa pupille à un huissier qui, mandataire du tuteur, donna des quittances en son nom, paya tant bien que mal la pension et même obtint finalement de ne plus la payer. En 1898, le tuteur C... vint à mourir, et le même huissier continua

d'administrer sans rien verser au département. Tout était pour le mieux, lorsqu'en 1899, la malade vint à hériter pour partie d'une parente éloignée. Malgré son interdiction, on lui notifia trois actes successifs à la requête des cohéritiers, et on allait entamer une procédure en interdiction, lorsqu'on s'aperçut enfin qu'elle était interdite depuis 17 ans. On découvrit que le tuteur était mort depuis 2 ans 1/2 et qu'il n'avait pas été remplacé. Une réunion du Conseil de famille amena la nomination d'un nouveau tuteur en avril 1900 ; l'examen sommaire des comptes montra qu'une somme de plus de 2.900 fr. avait disparu au cours de la gestion du premier tuteur et de son mandataire (34).

Un autre cas intéressant a fait l'objet d'une communication de M. Bonnet, devant la *Société clinique de Médecine mentale,* le 20 juin 1910. En voici le résumé :

Observation 15. — En novembre 1908, la nommée M..., veuve, est placée volontairement à l'Asile pour affaiblissement intellectuel par alcoolisme et hallucinations lilliputiennes. Avant son internement, la malade avait vécu maritalement pendant quatre ans avec un neveu par alliance, nommé S... Le frère de la malade demande l'interdiction, et celle-ci est prononcée le 13 mai 1909. Un tuteur lui est attribué en la personne d'un autre neveu. Celui-ci fait vendre l'hôtel meublé que possédait et dirigeait la malade, et le fonds est racheté par un autre membre de la famille. Cependant, au bout de quelques mois, la malade, sans être guérie, est suffisamment améliorée pour qu'on puisse envisager sa sortie, sous réserve d'assistance et de surveillance au dehors. Elle est réclamée par son neveu S..., qui s'engage à veiller sur elle. Mais l'article 17 de la loi de 1838 prescrit qu'en aucun cas l'interdit, s'il vient à sortir, ne peut être remis qu'à son tuteur. Ce dernier, consulté, répond qu'il s'oppose à la sortie en qualité de tuteur, surtout vis-à-vis de S... Dans ces conditions, la guérison n'étant pas complète, la mauvaise volonté du tuteur entraîne le maintien à l'asile. Il n'est même pas possible de recourir à une requête judiciaire, l'article 29 de la loi précisant qu'en cas d'interdiction, la demande ne peut être formée que par le seul tuteur. Comme le fit remarquer M. Vigouroux dans la discussion, le seul moyen pratique de sortir de cette impasse serait de provoquer la main-levée de l'interdiction. Les droits du tuteur disparaissant *ipso facto,* la sortie devient possible, suivant les termes de l'article 14 (9 *b*).

III. Aperçu de la législation étrangère

En *Belgique,* en *Italie,* en *Hollande,* la procédure de l'interdiction suit la même marche qu'en France. Il faut simplement noter dans le *Code civil hollandais* une disposition spéciale : la demande d'interdiction peut être provoquée par le faible d'esprit lui-même (art. 499).

Allemagne. — Dans le Code civil allemand, l'interdiction comprend deux degrés correspondant à une différence dans l'intensité des troubles mentaux : l'interdit pour maladie mentale (*Geiteskrankheit*, art. 104) et l'interdit pour faiblesse mentale (*Geitesschwäche*, art. 6). Dans les deux cas, le jugement est rendu par le juge de baillage sur demande directe d'un membre de la famille ou du procureur, et après avis médical. Quant à la surveillance du tuteur, elle n'est pas confiée au Conseil de famille, mais à l'autorité judiciaire : le Tribunal des tutelles (*Vormundschaftsgericht*). Un compte doit être rendu chaque année (art. 1840) ; si l'administration est peu étendue, le Tribunal des tutelles peut, lorsque le compte pour la première année a été présenté, ordonner que le compte se fera pour des périodes plus longues, mais ne pouvant excéder trois ans (22 et 23).

Angleterre. — C'est le « *Lunacy regulation* » de 1853 qui règle dans 42 articles l'administration des biens des interdits. Le Lord Chancelier confie la garde de la personne de l'aliéné à un curateur (*committee to lunatic*) et la garde de ses biens à un tuteur (*committee to estate*). Un magistrat ou « *master* » fixe la part des revenus qui doit être mise à la disposition du tuteur à la personne pour les besoins du malade : elle est en moyenne des 2/3 du revenu. Quant aux tuteurs aux biens, ils doivent fournir un cautionnement et établir un compte annuel des recettes et des dépenses, qui est examiné par la chancellerie. Des inspecteurs (*visitors*) sont officiellement informés de la fortune de chaque aliéné interdit et de la somme allouée au curateur. Ils ont ainsi tous les éléments nécessaires pour exercer un contrôle efficace sur le traitement des aliénés et envoyer s'il y a lieu un rapport documenté au Lord Chancelier (6).

Espagne. — Le Code civil espagnol, promulgué le 24 juillet 1889, s'est inspiré de notre Code civil. L'interdiction peut être provoquée par le conjoint et les parents, héritiers présomptifs (art. 214). Le ministère public doit la demander s'il s'agit d'un fou furieux ou s'il n'existe pas de parents au degré successible. La convocation du Conseil de famille et l'interrogatoire sont obligatoires. La loi n'a pas prévu la publicité du jugement. Le tuteur doit rendre compte de sa gestion, chaque année ; ce compte, examiné par le subrogé-tuteur et apuré par le Conseil de famille, est déposé au greffe du Tribunal où la tutelle a été inscrite (art. 279). Au début de chaque année judiciaire, on inscrit sur le registre des tutelles mention de la reddition du compte auquel est astreint le tuteur (art. 291) (43).

Norvège. — Le tuteur doit rendre un compte annuel de sa gestion à une commission spéciale : le Conseil supérieur de tutelle, composé de juges et de bourgeois désignés par l'autorité municipale. Le Conseil fait un rapport au Ministre de la Justice sur les comptes qu'il a reçus (Code civil, art. 85, 87, 90 et suiv.) (7).

Suède. — Le tuteur de l'interdit doit un compte de sa gestion aux proches parents tous les trois ans, et même tous les ans s'ils l'exigent (7). La loi stipule que si une personne, pour cause de maladie mentale, est hors d'état de veiller sur sa propre personne ou sur son bien, elle doit

être interdite (art. 2, chap. I), et d'autre part que le Tribunal doit prendre garde à ce que tout interdit reçoive un tuteur (art. 1, chap. IV). Enfin l'inspection des tutelles a le droit de présenter de sa propre autorité une requête au Tribunal en vue de la déclaration d'interdiction d'un citoyen (65).

Suisse. — Le Code civil suisse de 1907 confie l'organisation des tutelles à l'autorité tutélaire, terme assez vague, car le Code a réservé l'autonomie des cantons qui peuvent donner à cette autorité, soit la forme d'un conseil communal, soit celle d'une justice de paix (art. 361). A côté de cette protection de l'Etat, les parents peuvent être appelés à jouer un certain rôle. Ainsi : « La tutelle peut être remise exceptionnellement à la famille, lorsque l'intérêt du pupille justifie cette mesure, notamment pour la continuation d'une industrie ou d'une société » (art. 362). La procédure d'interdiction comprend obligatoirement un rapport d'expertise indiquant si l'audition préalable du malade est admissible ou non (art. 374). La publicité du jugement est obligatoire, sauf en cas d'internement. Le tuteur doit tenir des comptes qu'il soumet à l'autorité tutélaire aux époques fixées par elle et tous les deux ans au moins (art. 413). L'autorité tutélaire examine les rapports et comptes périodiques du tuteur ; elle ordonne, si elle le juge à propos, qu'ils soient complétés ou rectifiés (art. 423). Enfin la mainlevée de l'interdiction ne peut être accordée que sur un rapport d'expertise médicale constatant que la cause de mise sous tutelle n'existe plus (55).

IV. Les remèdes possibles

Sans vouloir aborder les projets un peu ambitieux d'une refonte de l'interdiction, on peut cependant envisager la nécessité de certaines retouches, permettant d'adapter cette vénérable institution à des conceptions psychiatriques plus modernes et aux conditions économiques actuelles.

Tout d'abord, l'utilité d'une expertise médico-légale au cours de la procédure de l'interdiction est indéniable. Déjà, au *Congrès international de Médecine légale* de Paris, en août 1899, le Dr Mottet avait émis le vœu que : « toute demande d'interdiction soit appuyée d'un examen médico-légal et d'un rapport qui, précédant l'interrogatoire, signaleraient aux magistrats les particularités de l'état mental de la personne dont l'interdiction serait demandée ». Ce vœu est jusqu'ici resté lettre morte.

Le Conseil de famille ne pouvant jouer un rôle utile de direction et de contrôle, son intervention pourrait être remplacée par celle d'une haute tutelle de l'Etat confiée à l'autorité judiciaire (Juge de paix, dénommé juge de tutelle, dans le projet de la *Société d'Etudes législatives*). Déjà, en France,

la législation plus récente s'est inspirée d'idées analogues en ce qui concerne la tutelle des enfants naturels. La loi du 2 juillet 1907 prévoit qu'en ce cas les fonctions du Conseil de famille sont exercées par le Tribunal civil, en Chambre du Conseil. C'est l'autorité judiciaire qui désignerait le tuteur, et c'est à elle que le tuteur aurait à rendre compte chaque année de sa gestion (17).

En dehors de l'élargissement des droits du Procureur dans la provocation de l'interdiction et de la possibilité de rendre sa procédure plus souple et mieux adaptée, il semble qu'un principe doive être retenu : « Celui de la séparation de la protection des biens et de la protection de la personne par mandats, pouvant être confiés à deux personnes différentes (52). »

Les pouvoirs du tuteur seraient limités par l'institution d'une curatelle obligatoire, semblable à celle établie par la loi de 1838. Dans son projet de réforme de 1924, M. Strauss a bien senti cette nécessité, puisqu'à l'article 52, dernier alinéa, il écrit : « Dans le cas d'interdiction, une demande de curateur à la personne pourra être formée par l'interdit ou son tuteur. » Malheureusement, cette demande reste facultative, et pour que la mesure puisse avoir son plein effet, il faudrait que cette nomination fût rendue obligatoire.

Enfin, les règles de la sortie des aliénés interdits et internés dans un asile gagneraient à rentrer dans le régime commun.

V. Le psychopathe doté d'un Conseil judiciaire

Le Conseil judiciaire est un mode de protection peu employé pour les aliénés ; le Code civil le réserve aux prodigues (art. 513) et aux faibles d'esprit. Dans ces cas, il leur est interdit de plaider, de transiger, d'emprunter, de recevoir un capital mobilier et d'en donner décharge, ni de gréver leurs biens d'hypothèques, sans l'assistance d'un conseil qui leur est nommé par le Tribunal. Le majeur pourvu d'un conseil judiciaire conserve la gestion de ses biens ; aussi s'il vient à être interné, l'administration de ses biens peut être confiée à un administrateur provisoire. Il peut également être pourvu d'un curateur à la personne selon les termes de l'article 38 de la loi de 1838.

TROISIEME PARTIE

PROTECTION DES BIENS DES PSYCHOPATHES EN LIBERTÉ NI INTERDITS, NI INTERNÉS

Le psychopathe qui n'est ni interdit, ni interné, est présumé sain d'esprit ; il jouit théoriquement de toute sa capacité juridique et il est justiciable des règles du droit commun de l'article 1.108 du Code civil : « Il n'y a pas de contrat sans le consentement de la partie qui s'oblige. » Pour lui, il n'y a aucune mesure spéciale de protection de ses intérêts pécuniaires ; sa seule sauvegarde est dans le droit commun, et l'on peut se demander si celui-ci n'est pas un vain mot quand il s'adresse à des individus qui ne peuvent ni en profiter, ni se défendre et qui sont, en somme, pratiquement des incapables.

Le Code civil, en son article 497, ne parle de l'administration provisoire que comme d'une étape de l'interdiction. Le *mandat* ou *procuration* générale donnée à un tiers est, le plus souvent, un expédient redoutable, car le caractère du mandat est d'être révocable *ad nutum ;* or, dans le cas présent, le mandant étant incapable de se rendre compte de sa situation, il conférerait par son silence au mandat, un caractère d'irrévocabilité, qui laisserait au mandataire toute latitude d'agir à sa guise et sans contrôle. Les procédés du *porte-fort* (art. 1120) et de la *stipulation pour autrui* (art. 1121) sont bien insuffisants et manquent de sécurité pour les tiers. Il en est de même du quasi-contrat de la *gestion d'affaires* (article 1372). Il est d'ailleurs à noter que la jurisprudence considère comme un gérant d'affaires « celui qui, en l'absence d'un mandat régulier, a fait pour le dément interné un acte de bonne administration sans aliéner ses droits à aucun degré ». (Cassation Req., 30 nov. 1903. Dalloz périod. 1904-1-364). Mais c'est un palliatif bien insuffisant.

I. Les psychopathes traités à domicile

La loi de 1838 a absolument laissé de côté la protection des malades traités dans leur domicile privé. Evitant d'entrer

dans les controverses que cette grave question a soulevées, car elles portent sur la protection due à la personne, dont nous n'avons pas à nous occuper, il faut cependant remarquer que les biens ne courent pas un moindre danger par le fait de ce traitement libre, soustrait au contrôle de l'Etat. « Le dément, incapable de gérer sa fortune, est à la merci de son entourage. Et s'il est arbitraire de poser en règle générale l'hostilité des parents, il est certes imprudent de ne pas la prévoir (37). » Aussi les divers projets de réforme ont-ils prévu ce cas en obligeant la famille à faire une déclaration au Procureur de la République, accompagnée d'un certificat médical si le traitement dure plus d'un certain laps de temps (trois ou six mois suivant les projets). Mais il peut arriver que le malade soit retenu par une personne qui n'est ni son conjoint, ni son parent, ni son tuteur. Dans cette hypothèse, le contrôle de l'autorité publique devient plus sévère et c'est alors dans les quinze jours que la déclaration doit être faite. Le dernier projet de M. Strauss (1924) ne prévoit plus aucune disposition sur ce point. Par contre, le titre II du décret relatif à l'Assistance psychiatrique en Indo-Chine s'occupe longuement de la question et prévoit même la possibilité pour le Tribunal de nommer au malade un curateur à la personne ou de charger la commission de surveillance provinciale de lui désigner un administrateur provisoire.

Il résulte enfin d'une enquête entreprise par M. le Dr Dupouy et parue dans l'*Aliéniste Français* de juillet 1931, que le traitement des aliénés en leur propre domicile est rigoureusement surveillé dans beaucoup de pays étrangers (Japon, Norvège, Pologne) (31).

II. Les psychopathes traités dans les « services ouverts »

Suivant les tendances de la thérapeutique psychiatrique moderne, la création de « services ouverts d'hospitalisation pour psychopathes curables » tend à se généraliser peu à peu. L'absence de dispositions législatives ou réglementaires en arrête seule en province le développement. Le but essentiel de ces services de traitement libre est l'assistance précoce des maladies psychiques caractérisées « par l'acuité des symptômes et l'innocuité des réactions » à l'exclusion des malades protestataires ou dangereux. Ces services ouverts, comme les hôpitaux ordinaires de médecine générale, sont des établisse-

ments où non seulement l'on entre sans formalités, mais d'où l'on peut sortir librement. Malheureusement, la proposition de loi de MM. Fié, Gardial et Faugère prévoit, sous certaines conditions, la possibilité d'y maintenir en observation certains malades contre leur gré ou contre celui de leur famille. Il y a là, comme le remarque M. le Président H. Michel, un élément risquant de compromettre le développement de ces services ouverts, qui constituent un progrès considérable, et qui, grâce à l'initiative de quelques psychiatres, ont déjà fait leurs preuves (44).

Un autre gros grief élevé contre les services ouverts est l'absence de toute mesure relative à la protection de biens des malades. Ceux-ci, « qui sont destinés à y demeurer des semaines et même des mois, sont, en ce qui concerne la gestion de leur patrimoine, dans un état de complet abandon... Les petites gens, peu fortunés, qui y vivent, sont des commerçants, des boutiquiers, des employés, des artistes, qui sont venus eux-mêmes demander leur isolement. Ils ne sont pas sans posséder un mobilier de plus ou moins grande valeur, qui a besoin d'être mis à couvert ; ils peuvent avoir une boutique, un petit commerce, détenir quelques titres de rente, des valeurs mobilières, etc... Qui s'occupera de pourvoir à la gestion de ces intérêts ? » (50 *a*). Le Code civil, nous l'avons vu, en dehors de l'interdiction, n'offre aucune protection sérieuse. C'est donc revenir au régime antérieur à 1838, ainsi qu'aux abus et aux spoliations que cette loi a eu, en grande partie, le mérite de faire disparaître. Ce défaut de la protection des biens dans les services de cure libre est tellement net, que M. le Dr Toulouse lui-même, dans son rapport 1930 du Centre de prophylaxie mentale de la Seine, écrit (p. 94) : « Il nous arrive de faire interner des malades pour protéger leurs biens quand il n'y a pas d'autre moyen légal, ce qui est toujours pénible. Car il est fâcheux de priver quelqu'un de sa liberté en lui imposant la mesure de l'internement pour une question de biens. J'estime que la personne doit passer avant les biens (63 *a*). » Nous le croyons également, et c'est pourquoi il faut prévoir une organisation légale, relative à l'administration des biens dans les services ouverts.

Observation 16. — M. le Dr Crouzon, qui dirige le service libre de la Salpêtrière, a également signalé, à la séance du 23 février 1931 de la Commission de surveillance des Asiles de la Seine, le cas

d'un malade qui avait, peu avant son hospitalisation, passé un acte portant préjudice à ses droits patrimoniaux. La femme du malade, soucieuse de sauvegarder les intérêts de son mari, a demandé un certificat attestant que le malade ne pouvait jouir de toutes ses facultés mentales, lors de la passation de l'acte. Mais la preuve de l'incapacité aurait-elle été possible, le certificat attestant le déséquilibre mental du malade n'aurait été d'aucune utilité, la femme mariée n'ayant pas qualité pour représenter son mari dans l'exercice de ses droits, et personne ne pouvant se substituer au malade en pareil cas. Aussi le seul moyen de remédier à cette situation fut de recourir à l'internement, sous le régime de la loi de 1838 (18 et in *Aliéniste français*, juin 1931).

En somme, les psychopathes soignés soit à domicile, soit dans les maisons libres et ouvertes, ne relèvent que des dispositions du droit commun. Or, il faut savoir que dans certains cas ces mesures peuvent être complétées par la jurisprudence. Il s'agit de la procédure usitée à Paris que M. Thorel, ancien président de la Chambre des avoués à Paris, a décrite dans une note publiée par M. Antheaume, en 1924 (61 et 2).

Un président de Tribunal peut, conformément à l'article 54 du décret d'organisation judiciaire du 30 mars 1808, en vertu de ses pouvoirs de juridiction gracieuse et dans certains cas urgents, nommer en Chambre du Conseil un administrateur des biens d'un malade qui n'est pas atteint de fureur, mais dont l'état mental est tel qu'il doive recevoir des soins spéciaux, soit chez lui, soit dans une maison de santé ouverte. Cet administrateur est nommé par simple ordonnance du président, rendue à la suite d'une requête écrite sur timbre, signée et présentée par un avoué, c'est-à-dire à très peu de frais et dans un délai extrêmement bref. L'ordonnance rendue à huis-clos n'a pas besoin d'être motivée, elle est exécutoire par tous les moyens ordinaires et sur minute. Une pareille jurisprudence, appliquée dans certains tribunaux importants, rend les plus grands services et ses principes remontent aux travaux de MM. de Belleyme et Bertin (5) dont les noms sont bien connus des juristes. Cependant, bien des tribunaux hésitent à prendre des décisions gracieuses dans les cas qui nous intéressent « et pour en étendre d'une façon certaine l'application à toute la France, il est à souhaiter que cette jurisprudence entre définitivement dans notre Code, au moyen d'un nouvel article de loi. On assurera ainsi l'application d'une mesure éminemment utile pour la protection des malades, dont certains peu-

vent posséder une fortune très importante, qui ne peut sans préjudice rester dépourvue d'administrateur » (61).

Jusqu'ici, les projets de loi français concernant la création des services ouverts sont muets au sujet de la protection des biens des malades hospitalisés dans ces conditions, aussi bien le projet de M. Strauss de 1924, en son article 57, que le projet de M. Fié de 1925.

Par contre, le rapport de MM. Toulouse et Dupouy à la Commission d'hygiène du Sénat s'occupe tout particulièrement de cette question au titre X et prévoit soit une procuration délivrée par le malade lui-même, soit une administration provisoire donnée par ordonnance de juridiction gracieuse. Le Tribunal serait saisi, suivant les cas, par la famille, le malade lui-même, le médecin traitant ou le Procureur de la République agissant d'office et dans l'intérêt de la société (63 *b*).

Les inconvénients des procurations sont trop connus, depuis le rapport à la Chambre des Pairs de M. le Marquis Barthélemy (40, II, p. 343), pour qu'on puisse s'arrêter à une pareille mesure. Au contraire, la nomination d'un administrateur sur requête semble être la meilleure solution. Avec nos collègues Dupouy et P. Abély, qui ont déjà étudié cette question en décembre 1930, nous estimons que « c'est le médecin du service, protecteur par définition de ses malades, qui devrait jouer le rôle le plus important ; c'est à lui qu'il appartiendrait de discerner, à propos de tel ou tel sujet, la décision à envisager » (1). C'est lui qui provoquerait, si le traitement devait se prolonger dans le service au delà d'un certain délai, la désignation de l'administrateur ou d'un curateur *ad hoc,* et rien n'empêcherait d'ailleurs qu'un administrateur provisoire soit attaché d'avance à chaque service ouvert, avec la charge de s'occuper des malades pour lesquels il serait désigné par le Tribunal. Pourquoi ne pas reconnaître au médecin en cette matière un droit d'initiative que justifient les garanties de savoir et de moralité qu'on exige de lui (21) ?

Par contre, nous ne partageons pas l'avis des rapporteurs qui croient que l'organisation de la protection des biens doit être séparée de la législation des services ouverts et être l'objet d'un règlement d'administration intérieure ; ces dispositions doivent figurer sur ce point dans la loi elle-même, ainsi qu'il en est pour la protection des incapables ou des aliénés internés.

Une autre mesure, susceptible de rendre les plus grands services, serait d'étendre aux établissements ouverts les prescriptions de l'article 39 de la loi de 1838. Celui-ci donne la possibilité d'ouvrir une action en nullité contre les actes passés par une personne internée et confère aux tribunaux un pouvoir discrétionnaire pour prononcer la validité ou l'annulation de ces actes. Les malades admis dans les services ouverts sont présumés par cette raison même atteints de troubles psychiques aigus, et il est assez naturel de concevoir que les actes accomplis par ces malades soient suspects au point de vue de leur validité juridique et soient attaquables et annulables en justice. Bien entendu, cette annulation devrait faire l'objet d'une demande spéciale et motivée et le Tribunal resterait souverain appréciateur des faits.

CONCLUSIONS

Le cadre restreint de ce rapport nous a permis cependant de mettre en relief les principes généraux qui doivent inspirer l'organisation de la protection des biens des psychopathes. Une revision du droit actuel, le mettant en harmonie avec les progrès juridiques et médicaux ainsi qu'avec les conditions économiques présentes, s'impose ; il restera en outre à envisager les principes d'une protection efficace des biens du psychopathe traité à domicile ou dans un service ouvert.

Dans ce but, il serait à souhaiter que les autorités centrales prennent en considération les conclusions suivantes :

A) Vis-a-vis des malades internés

1° Application aux malades des asiles privés de la sauvegarde prévue par la loi, les biens de ces derniers étant encore aujourd'hui le plus souvent dépourvus de toute protection ;

2° Extension des pouvoirs de l'administrateur judiciaire avec nomination obligatoire et concomitante par le Tribunal d'un curateur à la personne ;

3° Obligation de fournir aux administrateurs un état de la situation de fortune des malades par les familles et les services financiers de l'Etat ;

4° Reddition obligatoire de comptes périodiques par les administrateurs judiciaires ;

5° Gratuité des frais de procédure dans quelques cas déterminés.

B) Vis-a-vis des malades interdits

1° Nécessité d'une expertise médico-légale au cours de la procédure de l'interdiction ;

2° Elargissement des droits du Procureur dans la provocation de l'interdiction ;

3° Retrait des pouvoirs de direction et de contrôle de la tutelle confiés jusqu'ici au Conseil de famille et leur remise à l'autorité judiciaire (soit Juge de paix, dans le projet de la Société d'Etudes législatives, soit Tribunal civil en Chambre du conseil) ;

4° Obligation de fournir des comptes périodiques ;

5° Séparation de la protection des biens et de celle de la personne : la désignation d'un tuteur pour les biens entraînant obligatoirement celle d'un curateur à la personne ;

6° Suppression des restrictions prescrites par la loi de 1838 à propos du régime de sortie des malades interdits.

C) Vis-a-vis des malades traités dans les services ouverts

1° Possibilité, sur la demande du Médecin-Chef du service ouvert (médecin ayant satisfait au Concours des médecins d'asiles suivant les termes de l'article 57 du projet Strauss), de faire désigner par le Tribunal à l'aide d'une ordonnance de juridiction gracieuse un administrateur provisoire ;

2° Extension aux services ouverts des prescriptions de l'article 39 de la loi de 1838 : annulabilité possible par le Tribunal et sur demande spéciale et motivée des actes faits par toute personne durant son séjour dans un service ouvert.

Jusqu'ici, on a eu le tort de vouloir procéder à une réforme d'ensemble du régime des aliénés alors qu'il aurait été préférable par une série de lois portant spécialement sur tel ou tel point, d'apporter progressivement les améliorations qu'exige l'intérêt de nos malheureux malades (44). Les réformes que nous avons envisagées et qui tendent à compléter ou modifier certaines prescriptions du Code civil, pourraient être étudiées et votées par le Parlement sans nécessiter de longs débats. Aussi estimons-nous qu'en matière d'assistance aux malades mentaux, la protection des biens des psychopathes est une question capitale dont l'examen ne peut continuer à être ajourné par le législateur.

BIBLIOGRAPHIE

1. Abély P. et Dupouy R. — Législation nouvelle et ancienne applicable à la création des services ouverts, protection des biens et éventuellement de la personne dans les services de cure libre (*Aliéniste Français*, déc. 1930).
2. Antheaume A. — Considérations médicales et médico-administratives au sujet des résultats thérapeutiques obtenus dans le traitement de la Paralysie générale (*Annales de Méd. légale*, oct. 1925).
3. Baudry-Lacantinerie G. — Traité de droit civil.
4. Beaudouin H. — A propos du mariage des malades internés (*Ann. Médico-Psych.*, mars 1926).
5. Bertin J.-L. — Chambre du Conseil (Paris, 1894).
6. Bertrand E. — Lois sur les Aliénés (*Société de Législation comparée*, Paris, 1870).
7. Bogaers. — Gestion des biens des aliénés séquestrés (*France judiciaire*, 1883-1884).
8. Boisnard E. — De l'administration provisoire de l'individu non interdit placé dans un établissement d'aliénés (*Thèse Droit*, Paris, 1907).
9. Bonnet H. — *a*) Réflexions sur l'administration provisoire des biens des aliénés (*Ann. Médico-Psych.*, mai 1883).
   b) Un cas d'application difficile de la loi de 1838 (*Soc. clinique de Méd. mentale*, 1910).
10. Briand M. — Rapport sur le projet de loi Strauss (*Conseil Sup. Assist. Publ.*, fasc. 120, 1922).
11. Briand M. et Brissot M. — La Médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique (*Congrès de Paris*, 1925).
12. *Bulletin de la Société d'études législatives* (Paris, Rousseau, années 1904, 1905, 1931 et 1932).
13. Calot J. — Des formalités imposées aux psychopathes (*Thèse Méd.*, Paris, 1914).
14. Caron. — La Gestion des biens des Aliénés (*Rapport à la Comm. de surv. des Asiles de la Seine*, 1886).
15. Chardon O.-J. — Traité des trois puissances (Paris, 3 vol., 1842).
16. Chénot A. — Etude juridique et critique de la condition civile des Aliénés (*Thèse Droit*, Toulouse, 1906).
17. Colin et Capitant. — Droit civil français (Paris, édit. 1923).
18. *Commission de surveillance des Asiles de la Seine* (Procès-verbaux des séances).
19. *Conseil supérieur de l'Assistance publique* (fasc. 87, 111, 120).
20. Constans A. — Aperçus critiques sur les derniers projets de modifications à la loi de 1838 (*Ann. Médico-Psych.*, nov. 1883).
21. Courbon P. — De la sauvegarde des droits de l'individu et de la société dans l'assistance aux psychopathes (*Congrès de Quimper* 1922).

22. Courbon P. et Bauer E. — Protection des biens des aliénés dans les Codes français et allemand (*Ann. de Médecine légale*, avril 1926).
23. Courbon P. et Spitz L. — La Capacité civile des Aliénés en Alsace-Lorraine : l'interdiction, la curatelle (*Congrès de Strasbourg*, 1920).
24. d'Avenel G. — Histoire de la fortune française (Paris, 1927).
25. Delaître. — *a*) Sur les modifications à apporter à la loi du 30 juin 1838 (*Congrès de Blois*, 1927).
b) Sur la proposition de loi Fié (*Congrès de Lille*, 1930).
26. Deltour G. — Le régime des Aliénés, réforme de la loi du 30 juin 1838 (Paris, 1930).
27. Demay G. — Services ouverts, quartiers d'observation et placement direct à l'Asile (*Ann. Médico-Psych.*, mars 1928).
28. Demolombe Ch. — Cours de Code civil (Paris, 31 vol., 1861).
29. Dubief. — Le régime des Aliénés (Paris, 1909).
30. Ducuing. — Etude sur la proposition de loi sur le régime des Aliénés (*Rapport à la Comm. de surv. des Asiles de la Seine*, 1914).
31. Dupouy R. — Législations étrangères applicables aux services ouverts (*Aliéniste Français*, juillet 1931).
32. Foville A. — *a*) Les Aliénés (Paris, 1870).
b) Législation relative aux aliénés en Angleterre et en Ecosse (Paris, 1884).
33. Fusier R. — Capacité juridique des aliénés (*Thèse Droit*, Grenoble, 1886).
34. Garnier S. — De la protection de la fortune des malades dans les établissements d'aliénés. Ce qu'elle est, ce qu'elle doit être (*Ann. Médico-Psych.*, 1901, 1902, 1903).
35. Génil-Perrin G. — Le nouveau projet de loi sur les manicomes et les Aliénés en Italie (*Informateur des Aliénistes*, février 1924).
36. Gérente P. et Colin H. — Projet de loi sur le régime des malades atteints d'affections mentales (*Sénat*, 1911).
37. Hébert A. — De la protection des biens et de la capacité civile de l'aliéné non interdit (*Thèse Droit*, Paris, 1905).
38. Lacroix-Dupouy (Mme). — Les services ouverts dans les Asiles (*Thèse Méd.*, Paris, 1926).
39. Larnaude. — La réforme de la loi sur les aliénés (*Bull. Soc. Etudes législatives*, 1904).
40. *Législation sur les Aliénés et les Enfants assistés* (Ministère de l'Intérieur, 3 vol., 1880-1884).
41. Legrain. — La Convalescence des Aliénés (*Conseil sup. Ass. publ.*, fasc. 87, 1902).
42. Legrand du Saulle H. — L'interdiction des Aliénés (Paris, 1881).
43. Lehr E. — Eléments de droit civil espagnol (1880).
44. Michel H. — Etude sur les modifications qui pourraient être apportées à la loi du 30 juin 1838 (*Juris-classeur*, Paris, 1921).
45. Monin E. — Administration provisoire légale des biens des Aliénés (*Aliéniste Français*, déc. 1927).
46. Orelli F. — L'incapacité juridique des aliénés et la gestion de leurs biens (Paris, 1920).

47. Pillet G. — Des pouvoirs de l'administrateur provisoire des biens de l'aliéné interné non interdit (*Thèse Droit*, Paris, 1926).
48. Planiol et Ripert. — Droit civil (1928).
49. Prud'homme A. — Modifications de la législation sur la tutelle (*Bull. Soc. Etudes législatives*, n° 2, février 1931).
50. Raiga E. — *a*) Une proposition de loi sur les services ouverts (*Ann. Médico-Psych.*, mai 1926).
b) Gestion des biens des Aliénés (*Rapports annuels à la Comm. de surv. des Asiles de la Seine*, années 1927, 1928, 1929, 1930 et 1931)
51. Raynier J. — Assistance aux Aliénés (*Rapport Inspect. Générale des Services administratifs*, Paris, 1923).
52. Raynier J. et Abély X. — L'interdiction et la protection des personnes (*Ann. Médico-Psych.*, mai 1926).
53. Raynier J. et Beaudouin H. — L'Aliéné et les Asiles d'Aliénés (Paris, 1930).
54. Renaudin L. — Commentaires médico-administratifs sur le service des Aliénés (Paris, 1863).
55. Rossel et Mentha. — Manuel du droit civil suisse (1912).
56. Roussel Th. — Rapport sur le projet de revision de la loi de 1838 sur les aliénés (*Chambre des Députés*, annexe n° 157, 20 mai 1884).
57. Saint-Simon. — Mémoires, tome II (*Edition : Les grands Ecrivains de France*, 1879).
58. Saleilles. — Rapport sur la réforme des lois concernant les Aliénés (*Bull. Soc. Etudes législatives*, 1904, 1905).
59. Strauss P. — *a*) Rapport sur le projet de loi soumis au Sénat (*Annexe n° 324*, 12 juillet 1912).
b) Nouveau rapport sur le projet de loi soumis au Sénat (*Annexe n° 658*, 7 juillet 1928).
60. Tardieu A. — Gestion des biens des aliénés non interdits (*Rapport Inspect. Générale des services administratifs*, Paris, 1911).
61. Thorel. — Mesures de protection des biens des malades mentaux résultant du droit commun et de la jurisprudence en dehors des dispositions de la loi de 1838 (*Informateur des Aliénistes*, février, 1924).
62. Touchard R. — La procédure de l'interdiction (*Thèse Droit*, Paris, 1913).
63. Toulouse E. — *a*) Centre de prophylaxie mentale de la Seine (*Rapport*, année 1930).
b) *Rapport à la Commission d'hygiène du Sénat* (1927).
64. Trénel et Michaut. — Une victime de l'article 491 du Code civil Détournement d'héritage au détriment d'une imbécile, internement, impossibilité de l'interdiction (*Ann. de Médecine légale* déc. 1925).
65. Kinberg O. — La protection légale de l'aliéné devant un Tribunal suédois (*Acta psychiatrica et neurologica*, vol. IV, fasc. 4, 1929).

DISCUSSION DU RAPPORT D'ASSISTANCE

M. Achille Delmas (d'Ivry-sur-Seine). — Je commence par rendre hommage au travail très clair, très complet et très érudit de M. Lauzier. Mais il est une critique d'ordre général, que nous croyons devoir lui adresser, c'est d'avoir pensé qu'il devait, nécessairement et en quelque sorte *a priori*, trouver détestable l'état actuel des choses. Dans cette voie il nous paraît qu'il a été beaucoup trop loin, et parfois de façon inexacte, injuste et même dangereuse.

Avant d'aborder cette critique générale, un reproche de détail. M. Lauzier, aux pages 4 et 19, s'exprime comme s'il admettait que l'insuffisance de la protection des biens puisse favoriser *les placements injustifiés* et il aggrave ses propres déclarations, en ajoutant : « Ceux-ci sont extrêmement rares. » Or, il ne saurait exister de placements injustifiés que par la carence des médecins responsables et nous ne pouvons laisser dire qu'il en ait existé ou qu'il en existe. Jamais, un seul fait, n'a permis de le démontrer. Le congrès, par son silence, ne pouvait paraître entériner une telle possibilité.

Deux points me paraissent maintenant importants. C'est d'une part le rôle du médecin, c'est d'autre part le danger de l'excès de législation.

M. Lauzier, page 46, réclame une extension du rôle du médecin. Une telle extension n'a pas à être demandée, car à l'heure actuelle le rôle du médecin n'est pas et ne peut pas être limité. Il n'a pas, en effet, à empêcher seulement les placements injustifiés que M. Lauzier avait tort de signaler même comme très rares, ou à assurer la surveillance et les soins médicaux, il a encore à veiller, sans restrictions, ni limitations, à tout ce qui est l'intérêt du malade et en particulier à la protection de ses biens. A ce point de vue, il ne peut-être désarmé, car il trouvera toujours auprès du parquet l'action utile et nécessaire.

A un autre point de vue je crois que M. Lauzier a tort de mettre toute sa confiance dans l'excès de la législation : c'est le lieu de rappeler le mot fameux d'un anarchiste : « Nous

nous mourons, d'être trop protégés » et l'adage du droit romain « summum jus, summa injuria ».

Et d'abord, une aggravation de la législation est-elle justifiée ?

Depuis que la loi de 1838 est appliquée, il n'y a pas eu un seul procès, un seul scandale, qui ait démontré son insuffisance, au point de vue de la protection des biens des aliénés. M. Lauzier s'est efforcé d'illustrer son rapport de quelques exemples et il n'est pas douteux qu'il a consciencieusement recherché les plus significatifs. Or, il n'en est pas un seul de probant. Croyez-vous, par exemple, mon cher rapporteur, que dans vos deux premières observations, il aura pu résulter quelque préjudice du passage des malades d'un asile public dans un asile privé ? Ce serait ignorer totalement ce qui se passe dans les asiles privés ; j'en parlerai longuement tout à l'heure. Vous citez les observations de Samuel Garnier, qui mettent à jour des chapardages insignifiants et vous ne prenez pas garde que justement, dans ces cas, il y avait un administrateur légal !

Dans les observations 8 et 9 il est question d'une vente forcée et préjudiciable par défaut d'avances, ce qui est courant et banal, dans le droit commun, et d'une reconnaissance de dettes, non enregistrée, ce qui n'enlève nulle valeur à la reconnaissance de dette !

Enfin les observations 11, 12, et 13, ont trait à la malhonnêteté d'administrateurs et de tuteurs, et aucune loi n'empêchera jamais, qu'il puisse y avoir, par hasard, de temps à autre, des malversateurs, même parmi les représentants choisis avec toutes les garanties possibles, comme ils l'avaient été, d'ailleurs, dans les exemples cités.

Aussi les faits ne nous paraissent nullement mettre en évidence la carence de la loi de 1838. Pourquoi alors vouloir l'aggraver de mesures nouvelles ?

Prenons d'abord, la grande préoccupation des réformateurs qui est d'imposer un administrateur d'office aux malades des asiles privés, qui jusqu'ici en étaient dispensés. Quand je passais le concours de médecin des asiles, en même temps que notre éminent président d'aujourd'hui, M. le Pr Euzière, on nous donna comme sujet d'administration, la protection des biens des aliénés. Le jury fut impitoyable non seulement pour ceux qui n'avaient pas mentionné l'absence d'administrateur d'office pour les asiles pri-

vés, mais encore pour ceux qui n'avaient pas vitupéré contre une telle lacune. Je me rappelle encore l'indignation du Pr Régis, qui faisait partie du jury. Or, depuis j'ai acquis vingt-deux ans d'expérience comme directeur d'asile privé et je voudrais apporter quelqu'apaisement à ceux qui peuvent encore s'émouvoir d'une telle situation. En réalité la loi actuelle protège les biens des malades placés dans les asiles privés et, si je voulais dire toute ma pensée, je dirai qu'elle les protège trop. En effet, dès l'entrée du malade, le parquet, informé conformément à la loi, fait faire une enquête qui vise non seulement la garantie de la liberté individuelle, mais encore la protection des biens. Je laisse à mon ami Vignaud le soin de vous faire connaître tout à l'heure le questionnaire, inquisitorial au point de vue des biens, de cette enquête. De plus les malades sont visités mensuellement par les magistrats qui corroborent et complètent les données de l'enquête, de telle sorte que les procureurs surtout lorsqu'ils débutent dans ces fonctions de contrôle des asiles privés abusent de leur pouvoir discrétionnel. Des administrateurs sont imposés à des malades et à des familles qui n'en demandent point, n'en ont pas besoin et trouvent vexatoires et inquisitoriales de pareilles mesures, contre lesquelles ils protestent vivement. J'ai pour ma part un grand nombre de malades qui n'ont aucun avoir personnel, et qu'on a pourtant dotés d'un administrateur judiciaire, qui n'a rien à administrer.

Inversement, lorsqu'un malade a le moindre avoir à gérer, matériellement la famille ne peut rien — l'avoir mobilier disponible à la maison, excepté et il est à peine suffisant d'ordinaire pour les premiers frais du placement payant — et elle doit recourir d'urgence à l'administration judiciaire prévue par la loi.

Je reconnais toutefois qu'il existe un courant d'opinion, d'ordre sentimental, qui, mal informé, tend à rendre inévitable l'administration d'office pour les asiles privés. Nous serons contraints de l'accepter malgré son caractère inutile, vexatoire et inquisitorial, qui nous fait quotidiennement le confident de tant de plaintes et de doléances.

M. Lauzier, toujours confiant dans les formes légales, veut renforcer les garanties de protection par un contrôle des tuteurs et administrateurs, à l'aide de redditions des comptes périodiques. Soit, mais qu'il ne se fasse pas d'illusions ; des

redditions de comptes même un peu fréquents ne seront pas une garantie ; il ne faut pas beaucoup de temps à un tuteur ou à un administrateur peu scrupuleux, pour ruiner son pupille ou son administré par des spéculations malheureuses ou des entreprises hasardeuses. Jusqu'ici la sagesse avait été de s'en tenir aux garanties morales que pouvaient donner l'élection et le choix d'un tuteur ou d'un administrateur soit par une Commission de surveillance, soit par un conseil de famille, soit par un tribunal : aucune prescription de la loi, aussi draconienne qu'on la prévoit, ne pourra faire mieux.

M. Lauzier met encore sa confiance dans le recours au Curateur. A mon avis, ce personnage prévu par la loi, est inutile, un peu ridicule et parfois dangereux. C'est pourquoi, sans doute, il n'existe à peu près pas. Mais quand par hasard, il en est nommé un c'est toujours par suite de discussions mesquines de famille et uniquement pour assouvir la vengeance d'un parti contre l'autre parti. Dans ma carrière j'ai vu deux nominations de curateur, et chaque fois dans les conditions que je viens de décrire. L'un de ces curateurs est intervenu pour déplacer de notre asile privé dans une maison ouverte une mélancolique lucide et consciente mais très encline au suicide ; trois jours après son transfert, la malade se tuait par défenestration. D'ailleurs la situation se résume toujours dans l'une des deux alternatives suivantes : ou bien le malade est entouré de famille et d'amis et alors ce n'est pas un curateur qu'il possède, en fait, mais cinq ou dix ce qui est beaucoup trop ; ou bien il est isolé et, vous pouvez nommer n'importe quel curateur, il ne fera rien, même si dans cette voie, une fois ouverte, vous alliez jusqu'à prévoir un curateur au curateur.

Pour alléger la loi, ce qui est toujours un bénéfice, il n'y a qu'à supprimer purement et simplement le curateur.

Le rapporteur a omis de signaler la contradiction qui existait entre les articles 34 et 36. L'article 34 a étendu les pouvoirs de l'administrateur jusqu'aux partages ; mais comme la jurisprudence a estimé que chaque partage où intervenait un aliéné devait se faire non à l'amiable, mais judiciairement, l'article 36 qui prévoit un mandataire *ad litem* pour toute instance judiciaire où intervient l'aliéné enlève par là-même à l'administrateur le droit d'intervenir au partage, que lui conférait l'article 36.

La jurisprudence a alors adopté deux procédures ; tantôt

conformément à l'article 36 elle nomme un mandataire *ad litem*, tantôt elle délègue l'administrateur dans l'esprit de l'article 34, mais alors « par autorisation spéciale ». Cette jurisprudence nous indique la voie à suivre. Nul plus que l'administrateur n'est qualifié pour connaître la situation de l'aliéné, son administré, et nul n'est plus qualifié que lui pour le représenter dans toute instance judiciaire ; il suffirait donc d'indiquer que l'administrateur sera chargé de représenter l'aliéné en justice, chaque fois qu'il y aura lieu, « par autorisation spéciale ». Ainsi serait supprimé — autre allégement à la loi — le mandataire *ad litem*, qui ne connaît rien à la situation de l'aliéné et, la plupart du temps, s'en rapporte à justice.

Il nous reste à aborder l'abus le plus inconcevable et contre lequel nous ne saurions assez élever les protestations les plus véhémentes, nous voulons dire l'abus par lequel on voudrait étendre la protection de la loi aux simples psychopathes ne relevant pas de l'asile.

Premier cas, le psychopathe est traité dans un service ouvert. La question ne serait même pas posée, si le service ouvert était un service ouvert. Je saisis cette occasion de dénoncer la déformation mégalomane — et ce dernier mot est *ad personam* aussi bien qu'à l'usage de l'institution — qui préside actuellement à l'organisation des services ouverts. On pense devoir réunir dans ce service des cas caractérisés par « l'acuité des symptômes et l'inocuité des réactions » — formule anticlinique et antinomie irréductible — et on en fait à la lettre un pandémonium inhabitable pour ceux-là même qui y seraient à leur place. Je rappelle ce que je disais au Congrès de Quimper, à savoir qu'un service ouvert ne doit recevoir que des malades lucides, conscients, calmes et dociles, sans porte fermée et sans aucun moyen de contention. Ces malades n'ont aucun besoin de protection des biens. Quant aux psychoses aiguës, et aux psychoses qui compromettent la sauvegarde des biens, leur place n'est pas dans un service ouvert, mais dans un asile, quelle que soit la subtilité par laquelle on voudrait séparer la personne et ses intérêts matériels. Ceux qui voudraient faire croire qu'ils ont inventé les services ouverts, ne devraient pas feindre d'ignorer que leur existence est bien antérieure à eux soit sous forme de maisons libres privées, soit sous forme de services spécialisés d'hôpitaux. Non

détournés de leur usage légitime, ils ont fourni déjà une très vieille expérience, qui devrait faite honte aux abus actuels et qui a prouvé qu'ainsi conçus ils rendaient intolérable toute autre mesure légale que le droit commun.

Deuxième cas, psychopathes — je ne dis pas aliénés — soignés au domicile familial. Ici, encore et sans aucune contestation possible, le droit commun suffit, à moins d'entrer dans une voie d'abus insensés.

Messieurs, je conclus en vous suppliant de ne pas oublier que les droits des individus et des familles sont aussi sacrés que ceux des aliénés et qu'il n'y a d'ailleurs aucune incompatibilité entre les uns et les autres, si l'on veut bien agir avec logique. Je vous adjure de vous méfier des excès de la législation qui, sans augmenter les garanties, multiplient les vexations et les inquisitions, et mettent en péril de jour en jour davantage les droits de l'individu et les libertés sans lesquelles la vie ne vaut pas d'être vécue. La loi du 30 juin 1838 est une loi admirable de mesure et de sagesse ; rappelons-nous, malgré les cris des mauvais bergers et du forum, qu'il ne faut y toucher qu'avec la plus grande prudence et la plus grande discrétion.

M. René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine) rappelle que le premier service ouvert hospitalier fut sans doute celui de Lasègue qui, chargé en 1862 d'un cours de clinique des maladies mentales, transféra en 1863 son enseignement à l'Hôpital Necker. Ce fait est généralement ignoré.

M. VIGNAUD (de Vanves). — La loi du 30 juin 1838 fut faite sous l'inspiration directe d'Esquirol, puis de Ferrus et de J.-P. Falret, qui, en 1837, fut consulté par la Commission de la Chambre des députés, chargée d'examiner le projet de loi sur les aliénés, présenté par le Ministre de l'Intérieur. Ces trois Maîtres contribuèrent puissamment aux travaux préparatoires, qui ont abouti à cette loi sur les aliénés si souvent attaquée par les journalistes, les avocats, mais considérée toujours comme excellente par les gens compétents chargés de l'appliquer et que les médecins doivent défendre, parce qu'elle a été conçue à un point de vue essentiellement médical, pour favoriser l'entrée des malades dans les Asiles — à une époque où ils sont encore curables — dans l'intérêt, par consé-

quent, de leur guérison. Cette loi, admirable de clarté et de précision, a été l'objet, depuis plus de 60 ans au Parlement, de nombreuses propositions de révision, dont aucune n'a pu aboutir jusqu'à présent, tant il est difficile de retoucher une œuvre presque parfaite.

J.-P. Falret publia, en 1837, dans la *Gazette médicale*, les observations que lui avait suggérées le projet présenté par le Ministre et il formula plusieurs propositions qui furent adoptées par la Commission. Ainsi, l'isolement fut rendu plus facile et cessa d'être subordonné comme auparavant à l'interdiction, qui fut réservée pour des cas exceptionnels. Les mots d'imbécillité, de démence et de fureur, qui figurent encore dans le code civil, furent remplacés, dans la loi de 1838, par le mot plus général et plus exact d'aliénation mentale.

Enfin, la loi sanctionna la proposition faite par Falret d'assimiler les aliénés aux « absents » pour la gestion de leurs biens dans tous les cas où l'interdiction ne doit pas être prononcée et où l'intérêt des aliénés n'exige même pas la nomination d'un administrateur provisoire (article 36 de la Loi). Mais je n'ai pas ici à faire l'éloge de la loi du 30 juin 1838 et si je reste convaincu, comme mon maître Arnaud, que tout changement aux articles essentiels de la loi elle-même ne pourrait être fait qu'au détriment des malades, des familles et de la société, je reconnais cependant qu'on peut y ajouter des articles visant les problèmes nouveaux, posés par les progrès scientifiques accomplis depuis Esquirol et Falret, telle l'assistance des débiles, des aliénés difficiles, pervers ou criminels, des toxicomanes et certaines garanties sur la protection des biens des psychopathes.

Je voudrais simplement vous exprimer quelques idées inspirées par la lecture du rapport de notre distingué collègue M. Lauzier, rapport très intéressant, très clair, très précis et plein d'enseignement pour nous tous et en particulier pour les médecins de maisons de santé privées, qui se trouvent plus souvent peut-être que leurs collègues des Asiles publics — en raison de la situation pécuniaire des malades qui leur sont confiés — consultés sur la conduite à tenir, dans tel ou tel cas, sur les mesures à prendre pour l'administration et la protection des biens de leurs malades.

M. Lauzier, après avoir fait un exposé très complet de l'administration provisoire, en fait une critique générale, puis spéciale, pour démontrer l'insuffisance de la protection, les

complications de la protection, la détermination défectueuse des pouvoirs, l'insuffisance du contrôle, les difficultés en cas de sorties et enfin, après un rapide historique des projets de réforme et un aperçu de la législation étrangère, il en arrive aux conclusions suivantes :

Le système de protection, établi en 1838, est suranné et ne satisfait plus aux tendances médicales de notre époque.

Les malades des asiles privés sont, dit-il, dépourvus de toute protection pour la conservation de leurs biens et c'est pour eux que les manœuvres frauduleuses sont à craindre et qu'une administration légale « automatique » s'impose. Cet administrateur provisoire légal pourrait continuer à être désigné parmi les membres de la Commission de surveillance, offrant toutes garanties de compétence, de désintéressement et d'intégrité. Cet administrateur légal serait placé sous le double contrôle de la commission de surveillance et du Tribunal. Nous savons d'ailleurs que les pouvoirs de l'administrateur légal, énumérés par la loi à l'article 31, ont été singulièrement augmentés par la loi du 27 février 1880, qui a permis :

1° L'aliénation du capital mobilier du malade, après autorisation du conseil de famille ou de la commission de surveillance.

2° L'emploi des capitaux dans le délai de 3 mois (article 6).

3° La conversion en titres nominatifs des titres au porteur appartenant à l'incapable ou lui advenant par succession. Cet administrateur peut également (article 27) de la loi de 1838, former contre les parents de l'aliéné tenus à la dette alimentaire, une action en paiement des frais d'entretien.

Comme vous le voyez, la jurisprudence tend de plus en plus à élargir les pouvoirs de l'administrateur provisoire, qui, à mon avis, sont bien suffisants dans la plupart des cas, puisque cette jurisprudence reconnaît à l'administrateur provisoire tous pouvoirs, sous le contrôle du Tribunal, hormis pour les actes de disposition des biens immobiliers, pour la transaction et le compromis. Cette jurisprudence, quand on est dans l'obligation d'y avoir recours, permet donc aux familles d'éviter le plus souvent l'Interdiction, procédure longue, coûteuse, qu'on hésite à engager surtout en raison de sa publicité.

L'administration judiciaire, qui est individuelle et facul-

tative puisqu'elle exige, en effet, une demande, soit du conjoint ou des parents de l'aliéné, soit de la commission de surveillance des asiles, soit du Procureur, donne des pouvoirs étendus, allant au besoin jusqu'à ceux du tuteur.

Enfin, M. Lauzier nous dit que, parmi les organismes créés par la loi de 1838, en vue de la gestion des biens et des intérêts des malades, il est un rouage qui n'a, pour ainsi dire, jamais fonctionné, c'est celui du Curateur à la personne, dont il serait très utile, dit-il, de voir les fonctions réhabilités et agrandies — cela dans le but de rendre impossibles les dilapidations de fortunes ou les transformations injustifiées opérées dans le patrimoine des psychopathes par les administrateurs ou tuteurs, qui s'en croient les maîtres, de veiller à ce que les revenus de l'aliéné lui procurent des adoucissements — d'empêcher les administrateurs de faire des économies au profit des héritiers et enfin, à épier le moment où le malade est en état de recouvrer sa liberté et de reprendre ses droits. Cette curatelle est facultative, puisqu'elle exige une demande (article 38) soumise au Tribunal, soit par l'intéressé, un parent, un ami, le conjoint où le Procureur de la République. Ces fonctions du curateur, M. Lauzier, désirerait les voir obligatoires, pour éviter toutes manœuvres frauduleuses. Il est certain que cette nomination d'un curateur est exceptionnelle, puisque Foville pouvait écrire en « 1870 » que sur plusieurs milliers de malades, dont il avait eu à s'occuper, 2 ou 3 à peine avaient été pourvus d'un curateur... Depuis plus de 32 ans que je suis à Vanves, je n'ai vu désigner un curateur qu'une seule fois à l'un de nos malades, et dans des conditions parfaitement inutiles.

Ainsi donc dans sa critique de l'administration provisoire, l'honorable Rapporteur rappelle qu'au Parlement, en 1837, un amendement avait été présenté demandant que, passé un certain délai après le placement, la nomination d'un administrateur judiciaire pour les malades placés dans les établissements privés cessât d'être facultative, mais fût imposée par la loi. J'estime que les objections qui furent faites à cette époque, c'est-à-dire les craintes respectables de la part des familles pour la publicité et enfin l'inconvénient sérieux qu'il y avait à imposer cette nomination pour des malades dont la guérison peut être rapide et pour lesquels les familles s'imposent presque toujours des sacrifices au-dessus de leurs moyens, doivent laisser le principe d'une administration

judiciaire facultative. D'où pour M. Lauzier, insuffisance de protection. Sans aller jusqu'à exiger, comme la Chambre des Pairs y avait pensé, après un délai d'un an, l'ouverture obligatoire d'une procédure d'interdiction, pourquoi ne pas obliger simplement, quand la chose est utile, les conseils de famille à examiner la situation de leurs malades une fois par an par exemple et à revenir discuter leurs intérêts devant le Tribunal. D'où obligation pour les administrateurs de rendre des comptes.

M. Lauzier en rappelant que la protection de l'aliéné, interné dans un établissement privé, dépend d'une demande d'administration judiciaire doublement facultative, ajoute que l'administration légale fait précisément défaut dans les cas où elle paraît le plus indispensable. Pour les malades placés dans les maisons de santé privées, la protection n'étant pas obligatoire est, dit-il, le plus souvent inexistante et ainsi se perpétue une gestion inorganisée et non surveillée, prêtant à tous les abus. Il cite dans son rapport des observations, qui ne m'ont pas paru démonstratives et qui prouvent simplement que les autorités compétentes n'ont pas fait leur devoir.

Observation I. — Pourquoi l'administrateur légal assuré que le transfert de la malade dans une maison de santé privée, marquait des manœuvres dolosives, n'a-t-il pas prévenu le Parquet ou le Préfet ?

Observation II. — C'est d'ailleurs chose possible et facile puisque je vois que dans cette observation l'administrateur signala le cas au Procureur de la République, en lui demandant de provoquer au besoin l'interdiction de l'aliéné.

Observation III. — Cette observation n'a rien de très moral, mais elle ne me paraît nullement démonstrative, car si le mari, riche de 100.000 francs de rente, ne veut dépenser que 3.600 fr. pour sa femme et si la fortune lui appartient à lui seul, comment le persuader de dépenser plus ?

Observation IV. — Cette observation démontre qu'il a suffi de signaler au Lord Chancelier que la pension des frères d'Austie était calculée trop chichement, pour qu'il fut remédié à cette situation.

Observation V. — Démontre que les biens de cette malade, placée dans un asile public, ayant par conséquent un admi-

nistrateur légal n'étaient guère protégés, puisqu'il a fallu 26 ans pour découvrir le vol du beau-frère.

Observation VI. — Il a suffi que l'administrateur soit déligent pour que les biens de la malade soient protégés. Que serait-il arrivé, dit le Rapporteur, si le frère avait dilapidé les fonds ? Il aurait été poursuivi (code pénal) et aurait été condamné à la restitution.

Je dirai donc que les Maisons de santé privées ne méritent pas les reproches qu'on leur adresse trop souvent. N'oublions pas en effet que si les médecins se taisent, par obligation professionnelle, ils ne manquent pas de renseigner l'administrateur quand la chose est utile dans l'intérêt de leurs malades. Les Maisons de santé sont aussi l'objet de visites multiples de magistrats et ces derniers peuvent d'autant plus s'inquiéter de la protection des biens des malades, que l'enquête faite, à l'entrée (permettez-moi de vous dire que dans la Seine en particulier, cette enquête est des plus sérieuses), peut les renseigner sur la fortune de l'intéressé, les mesures éventuelles à prendre, les intérêts contraires des familles, etc...

En fait, si lorsqu'un malade entre dans une Maison de santé privée, soumise à la loi de 1838, on impose automatiquement un administrateur ou un curateur, il est à craindre que beaucoup de malades n'y entrent pas, où si un malade y est entré, dès que l'intervention du curateur se produira, le malade sera retiré et placé dans un service libre sans aucun contrôle, comme cela se produit fréquemment depuis quelques années. Si l'on se reporte à la loi de 1838, on voit que les biens des aliénés étaient protégés par le Code civil et le Code pénal, qui punit tout acte délictuel commis contre une personne aliénée ou non. Ce régime du Code civil, du Code pénal et la loi de 1838 combinés, me paraissent donc suffisants dans le plus grand nombre des cas, pour assurer la protection des biens des aliénés dans les Maisons de santé privées. Dans certains cas particuliers, l'administration provisoire, avec un Conseil de famille, l'administration judiciaire et enfin l'interdiction bien appliquée suffisent pour garantir la protection des biens des psychopathes. Aller au-delà, imposer dans tous les cas un curateur ou un administrateur, c'est supprimer l'internement ou la loi de 1838.

En ce qui concerne les Maisons de santé ouvertes, les services en cure libre, le rapporteur regrette également l'absence

d'un curateur et il cherche dans la législation existante et à créer, les moyens d'y remédier. Il me semble un peu paradoxal de dire qu'un malade de Maison de santé ouverte pourra y être pris sans contrôle, sans formalités, sans protection, alors que ses biens seront protégés.

J'estime, comme conclusion, qu'il n'y a pas lieu de renverser l'édifice de la loi du 30 juin 1838, qui permet toujours dans certains cas au Procureur de la République d'exiger la réunion d'un Conseil de famille, qui désignera un administrateur provisoire ou de faire nommer un administrateur judiciaire, quand les renseignements qui lui sont fournis sur la situation de fortune du malade, soit par la famille, soit par le maire ou les services financiers, et non par des gendarmes ou le garde-champêtre, comme cela se pratique encore trop souvent en Province, lui paraîtront insuffisants. On pourrait aussi, comme le dit le Rapporteur, établir, quand la chose paraîtra utile, le principe d'une reddition de comptes périodique pour empêcher les administrateurs ou tuteurs de dilapider la fortune des malades.

Les malades placés dans des Maisons de santé privées ne sont pas dépourvus de toute protection pour la conservation de leurs biens. La nomination d'un curateur à chaque malade est inutile le plus souvent et il me paraît également excessif de rendre l'administration légale obligatoire et automatique.

Ne créons donc pas un système de toutes pièces et contentons-nous de faire évoluer dans le sens de leur fonctionnement normal les rouages qui existent déjà.

M. M. Desruelles (de Saint-Ylie). — Le rapport de M. Lauzier est méthodique et complet ; il y est étudié une question vaste et très complexe. Son exposé est en réalité une thèse de doctorat en droit, que sa concision, imposée par un règlement rigoureux, n'empêche pas d'être d'une lecture facile. En particulier, tout en restant très clair, le rapporteur a pu nous résumer en trois pages les nombreux et si divers projets de réforme de la loi de 1838, en ce qui concerne l'administration des biens des aliénés, et nous a apporté, à l'appui de son argumentation, une abondante documentation. Je n'insisterai pas. Je fais cet éloge sans aucune réserve, même si la modestie de mon ami Lauzier devait en souffrir.

Ce sujet, qui n'avait jamais été traité dans les Congrès, est déjà ancien ; il est cependant d'une actualité très opportune, au

moment où un nouveau projet de loi (plus simple que les projets antérieurs), est déposé sur le bureau du Sénat, et nous souhaitons que le rapport de M. Lauzier et la discussion qui a suivi sa lecture puissent être mis, à titre documentaire, sous les yeux de Monsieur le Sénateur Strauss.

Je n'apporterai ici aucune critique ; je proposerai, dans le même esprit que les conclusions de M. Lauzier, une solution un peu différente de celle du rapporteur.

La loi de 1838, et les projets de réforme de cette loi, se sont surtout appliqués, non aux biens, mais à la personne de l'aliéné, et ils ont cherché à concilier les droits de l'individu avec les droits et les devoirs de la société. La préoccupation constante des législateurs est la protection de la liberté individuelle ; la plupart des critiques de cette loi ne portent que sur l'insuffisance de ses garanties en ce qui concerne la liberté des personnes, et dans les divers projets de réforme, qu'ils soient d'initiative gouvernementale ou parlementaire, la protection des biens ne passe qu'au second plan, alors que dans le droit romain, elle était mieux codifiée que la protection de la personne de l'aliéné.

Comme M. Lauzier, je crois qu'une réglementation légale, *unique* (c'est-à-dire applicable à tous les aliénés internés et quel que soit le lieu de leur internement), plus précise, mieux définie, protège les biens de tous les aliénés non interdits, et sans tenir compte du mode de placement.

Je donnerai, après M. Lauzier, un nouvel exemple personnel de l'insuffisance de la loi actuelle, lorsqu'il s'agit d'un aliéné placé dans une maison de santé privée. J'ai reçu dans mon service, le mois dernier, une hypomaniaque très désordonnée, sans parents proches, qui était internée depuis plusieurs années dans une maison de santé privée. Là, elle correspondait librement avec son notaire, qui gérait ses biens, sans contrôle, et elle y a accepté qu'il vende des titres d'une valeur réelle, bien que très diminuée, pour acheter d'autres titres que l'on ne peut plus appeler valeurs : opérations non seulement imprudentes, mais stupides, faites sans aucun contrôle, qui risquent d'anéantir une fortune mobilière et que n'aurait jamais autorisées un administrateur provisoire. J'admets que ce cas soit assez rare, et je suis persuadé avec MM. Achille Delmas et Vignaud qu'il y a une majorité d'honnêtes gens ; bien plus, lorsqu'un aliéné n'est pas un isolé, ses ayants droit éventuels se surveillent mutuellement et contrôlent la gestion de ses biens, dont une part pourrait leur revenir.

J'ai cherché une explication à cette lacune évidente de la loi de 1838 : il est vraiment paradoxal que les biens des aliénés placés dans les asiles publics soient protégés (imparfaitement d'ailleurs) alors que ceux des aliénés internés dans les maisons de santé ou dans les asiles privés ne le soient pas, ainsi que M. Lauzier l'a mis en lumière dans son rapport. Je crois que les législateurs de 1838, si consciencieux, ont dû considérer que l'interdiction devait découler naturellement de l'internement. Il y a même eu dans la discussion une confusion entre internement et interdiction, et on a pu croire qu'il y avait nécessairement entre eux un rapport constant, et qu'en particulier tous les aliénés internés dans les maisons de santé privées seraient interdits. C'est pourquoi, peut-être, on a songé à donner un administrateur provisoire aux aliénés qui, placés dans les établissements publics, sont pour la plupart peu fortunés, et pour qui l'administration provisoire des biens est suffisante. Quelle que soit l'explication qui puisse en être donnée, il n'en est pas moins vrai qu'à ce point de vue, la loi de 1838 est évidemment insuffisante.

Or, l'interdiction, contrairement à l'opinion des législateurs de 1838, est restée exceptionnelle parce qu'elle est coûteuse, parce que la procédure en est longue, parce que les magistrats sont souvent embarrassés, sans avis médical, pour l'ordonner, et sont obligés, pour se faire une opinion, de se baser, comme dans le droit romain, sur la notoriété. Elle ennuie les familles à cause de sa publicité, et en cas de guérison, la main-levée de l'interdiction nécessite un nouveau jugement. Il est aussi difficile, aussi compliqué, aussi coûteux de lever une interdiction que de l'ordonner. En fait, dans la pratique courante, elle est déconseillée non seulement par les médecins, mais par les Conseils juridiques, et même par les magistrats. Comme la nomination d'un administrateur judiciaire n'est pas obligatoire, on peut dire que les biens des aliénés internés dans les établissements privés ne sont pas protégés.

L'administration provisoire légale est elle-même loin d'être parfaite ; elle est souvent théorique. Je rends cependant hommage au dévouement et au désintéressement des administrateurs provisoires dont les fonctions, très absorbantes, sont gratuites. Mais pourtant, parce que ces fonctions sont gratuites, ils n'ont pas à rendre compte de leur administration, et ils n'en sont pas responsables. Leurs pouvoirs sont limités, heureusement à mon avis, pas très nettement définis, mais ils n'en usent

pas toujours. Dans de nombreux asiles de province, l'administrateur provisoire se borne parfois à quelque échange de correspondances ; beaucoup de biens peuvent lui échapper ; beaucoup de biens sont mal évalués ; bien plus, il arrive qu'il ignore que des malades internés possèdent des biens mobiliers ou immobiliers. En particulier, lorsqu'il s'agit, et c'est un cas fréquent, de la vente de meubles nécessitée pour libérer un appartement en location (si l'aliéné ne peut plus payer le loyer et n'a pas les moyens d'user d'un garde-meuble), cette vente est faite, dans la plupart des cas, dans des conditions désastreuses. C'est que l'administrateur provisoire n'a pas de crédits pour des déplacements toujours utiles et qu'il n'a pas toujours les loisirs de se consacrer uniquement à une charge souvent très lourde. Je sais bien qu'il est aidé dans son administration soit par un employé spécial rétribué par l'asile, soit par le secrétaire de l'asile, soit par le receveur, parfois même par le directeur de l'asile. Comme le faisait très justement remarquer M. Achille Delmas, les médecins ne négligent jamais de surveiller autant qu'ils le peuvent les intérêts pécuniaires de leurs malades, et dans les asiles publics, ils informent souvent l'administrateur provisoire. Mais tout ceci se passe à l'asile, alors qu'il serait plus utile et plus productif d'aller voir sur place, de transiger, d'évaluer, de discuter, d'inventorier sur place, etc.

Un autre tort de ce mode d'administration (je me défends de vouloir faire une plaisanterie facile et usée), comme on ne se sert jamais de l'interdiction, c'est de n'être provisoire que de nom, d'être au contraire d'une durée infinie.

Je ne partage pas entièrement l'opinion de M. Lauzier lorsqu'il propose la suppression du mandataire *ad litem*. Il est nécessaire, dans des cas spéciaux, que le Tribunal puisse nommer un mandataire dont les pouvoirs sont limités par le Tribunal lui-même, mandataire qui représente l'aliéné de la même manière que dans la vie courante il peut représenter une personne empêchée d'assister à une transaction ou à un partage. D'ailleurs, le Tribunal peut, et il le fait dans la plupart des cas, donner le mandat *ad litem* à l'administrateur provisoire légal.

Je ne crois pas qu'il soit utile que les pouvoirs de l'administrateur provisoire soient étendus par la loi ; au contraire, il me paraît préférable qu'ils restent dans les mêmes limites ; une administration *provisoire* ne doit pouvoir prendre que des

mesures conservatoires. Il vaudrait mieux que ces pouvoirs soient plus nettement définis et surtout qu'ils soient limités dans le temps et que, pour les aliénés chroniques, l'interdiction devienne la règle. La tutelle, avec toutes se garanties légales, leur est nécessaire, et elle a l'avantage d'être individuelle, alors que l'administration provisoire est générale. Il faudrait que la procédure de l'interdiction soit modifiée, que l'interdiction soit moins coûteuse, moins publique, plus facile et basée non plus sur la notoriété, mais sur un avis médical. De même il serait nécessaire que la levée de l'interdiction soit simple, facile et basée encore sur un avis médical ; que cette interdiction soit obligatoire après quelques mois d'internement, et lorsque la curabilité devient douteuse. Ceci n'impliquerait pas forcément la refonte de toute la législation de la tutelle (mineurs, etc.), mais la législation de l'interdiction serai seule modifiée. Evidemment, c'est modifier le code civil, mais n'y a-t-il pas un projet de réforme du code civil ?

D'autre part, l'administrateur provisoire, même si ses fonctions sont limitées dans le temps, doit être responsable et rendre des comptes ; son administration doit pouvoir être contrôlée. *Or on ne peut imposer d'obligations à une fonction gratuite.* J'estime que cet administrateur provisoire devrait être un fonctionnaire, nommé par le Préfet, et dont les attributions seraient réglementées. Je sais bien que le moment n'est pas propice pour demander la création de nouveaux emplois, et qu'au contraire, la mode actuelle en veut la suppression ; que la collectivité, à raison d'ailleurs, ne veut plus engager de nouvelles dépenses. Mais ces dépenses seraient facilement récupérées, par un pourcentage sur les créances recouvrées. Il faut aussi se placer à un autre point de vue : la protection des biens des aliénés, lorsqu'elle est bien faite, peut être l'occasion de remboursements à la collectivité. Une meilleure administration permettrait partiellement le remboursement des dépenses, car les revenus d'un aliéné servent à payer tout ou partie du prix de journée d'hospitalisation. Je suis certain que cette administration provisoire légale entre les mains d'un responsable, ayant des crédits lui permettant tous les déplacements utiles, aurait un rendement meilleur pour l'aliéné comme pour la collectivité.

Cet administrateur, responsable, rendrait évidemment des comptes de sa gestion à la Commission de surveillance, au Préfet, au président du Tribunal, à l'aliéné lui-même, si celui-ci

était mis en liberté ; il ne disposerait jamais des fonds provenant de ses recouvrements, mais les verserait, comme actuellement, au compte patrimoine de l'aliéné, dans la caisse du receveur de l'asile. Cet administrateur aurait l'obligation de faire un inventaire détaillé sur place, dès les premiers jours de l'internement. On pourrait même désigner parmi les membres de la Commission de surveillance un curateur légal, dont la mission serait de surveiller spécialement l'administrateur provisoire et de s'assurer que les revenus d'un aliéné sont bien employés à améliorer sa situation, que les capitaux lui appartenant sont placés dans des conditions de sécurité, en titres nominatifs, etc.

Voilà ce qui me paraît assez facilement réalisable dans les asiles publics, et en fait, il se passe quelque chose d'analogue dans les asiles de la Seine. L'administrateur provisoire ne s'occupe pas lui-même réellement des biens des aliénés. Cette administration est faite par les fonctionnaires du « bureau de la tutelle », et ici ce sont eux qui gèrent les biens des aliénés non interdits, sous le contrôle de l'administrateur provisoire. Y aurait-il quelque inconvénient à ce que le chef du « bureau de la tutelle»» soit responsable et rende des comptes au Président du Tribunal, par exemple, et que l'administrateur actuel ait son rôle réduit à celui de curateur ? A ce que, aux conditions que j'ai esquissées brièvement il soit créé, dans chaque asile de province, un « bureau de la tutelle » composé d'un ou plusieurs employés suivant le cas, dirigés par un chef responsable ?

Il serait simple de confier l'administration des biens des aliénés non interdits, internés dans les asiles ou dans les maisons de santé privées, à l'administrateur provisoire responsable du département ou de l'asile public le plus proche. A Paris, par exemple, le « bureau de la tutelle » de la Préfecture de la Seine s'occuperait des biens de tous les aliénés non interdits internés dans la banlieue parisienne, qu'ils soient ou non placés dans les asiles de la Seine. Dans les départements où il y a plusieurs asiles, un seul « bureau de la tutelle » pourrait suffire. Je résume mes propositions : l'administration provisoire des biens des aliénés non interdits serait confiée à un fonctionnaire départemental responsable, dont les fonctions seraient limitées et contrôlées, et qui aurait, en outre, s'il le juge utile, le droit de provoquer l'interdiction.

Cette proposition nécessiterait un développement et une

étude plus complets. Elle n'est qu'esquissée ici, elle reste dans l'esprit du rapport de M. Lauzier, mais je ne veux pas abuser plus longtemps de l'attention de mes auditeurs.

M. G. de Clérambault (de Paris). — J'ai souvent regretté de ne pouvoir provoquer l'Interdiction de certains malades, isolés ou mal entourés, passant à l'Infirmerie spéciale, et que je prévoyais devoir être exploités et ruinés après leur sortie d'un asile. Je demandais, en fin de certificat, que l'autorité judiciaire voulût bien, comme le permet le Code, prendre l'initiative de l'Interdiction. — Les aliénés coloniaux sont fréquemment des isolés ; et d'autre part leurs entreprises sont de celles dont une liquidation hâtive peut être spécialement désastreuse.

Me Joseph Chartier (de Paris, *avoué honoraire*). — Le rapport si documenté, si complet du docteur Lauzier envisage cinq situations pour les psychopathes :

1° L'aliéné est placé dans un établissement public et par conséquent sous la direction de l'autorité publique.

2° L'aliéné est placé dans un établissement privé et mis ainsi non plus sous la direction de l'autorité publique, mais seulement sous sa surveillance.

3° L'aliéné est interdit.

4° L'aliéné est soigné à domicile.

5° L'aliéné, insuffisamment malade pour être interné dans un établissement public ou privé, peut être placé dans des services dits ouverts ou libres (qui n'existent pas encore, ou très peu, du moins, mais que l'on voudrait organiser), services, dis-je, où le malade recevrait des soins lorsqu'il serait en état de crise et d'où il pourrait sortir lorsqu'un mieux se ferait sentir, sauf à y rentrer et en ressortir une ou plusieurs fois suivant son état de santé.

Nous allons, si vous le voulez bien, examiner successivement ces diverses situations.

I. L'aliéné est placé dans un établissement public.

A notre humble avis, la loi de 1838 suffit à régler cette situation. Le malade, dès son internement, a un administrateur légal qui va s'occuper de la protection de ses biens. Cet administrateur est un délégué de la Commission de surveillance, qui offre ainsi toute garantie. Dans la plupart des cas, le

malade ne possède rien. S'il a un avoir, un inventaire notarié ou au moins un état de situation est dressé. Ses biens se trouvent alors entre les mains de deux personnes, l'administrateur légal qui les gère, et le receveur des asiles qui reçoit les fonds et les valeurs.

Que veut-on ajouter de plus à ce double contrôle ? Il semble donc, dans ces conditions, inutile, comme le demande le Dr Lauzier, de nommer une troisième personne, c'est-à-dire un curateur pour surveiller les deux autres.

Je sais bien que l'idée de curateur implique non seulement celle de la surveillance de la gestion des biens, mais encore celle de la personne même du malade. Mais l'administrateur légal, qui, je le répète, offre toutes les garanties possibles, ne suffit-il pas pour cela ?

L'art. 38 de cette loi prévoit ce curateur, mais, en fait, jamais ou presque jamais on ne le nomme, comme le constate lui-même le Docteur Lauzier. Si on ne le nomme pas, c'est qu'on le considère comme un rouage inutile.

II. L'aliéné est placé dans un établissement privé et mis sous la surveillance de l'autorité publique, c'est-à-dire du Parquet.

Sous cette rubrique, il faut, bien entendu, comprendre le malade qui, interné d'abord dans un asile public, est ensuite transféré dans un asile privé, car dès qu'il sort de l'asile public, l'administrateur provisoire légal cesse immédiatement ses fonctions.

L'art. 32 de la loi du 30 juin 1838 dit que « sur la demande des parents, de l'époux et de l'épouse, etc..., le Tribunal civil POURRA, conformément à l'art. 497 du C. C., nommer un administrateur provisoire aux biens de toute personne placée dans un établissement d'aliénés ».

C'est ce mot « pourra » qui crée tout le mal. Cette faculté doit disparaître ; il faut que cette formalité devienne obligatoire. C'est indispensable. Tout est à redouter des parents de l'interné qui peuvent gérer à leur fantaisie ses biens.

Pour porter remède à cet état de choses, le Docteur Lauzier préconise, dès l'entrée du malade dans un établissement privé, la désignation d'un administrateur légal « automatique ». Et cet administrateur, disent les partisans de ce système, pourrait continuer à être désigné parmi les membres de la Commission de surveillance.

Ce système semble excessif. Il peut être pénible, pour la famille, de voir s'introduire dans la gestion des biens de

l'aliéné et dans la surveillance de sa personne, un étranger, qui présente toute garantie, c'est entendu, mais qui peut éliminer un administrateur fort honorable et offrant les mêmes garanties, que la famille et même le malade, s'il a encore des intervalles lucides, désireraient voir nommer à cette fonction.

Vous pouvez évincer, de cette façon, un ami de la famille, un ancien magistrat, un ancien notaire ou avoué, ou toute autre personne dont l'honorabilité ne peut être mise en doute. Cet ami peut, par exemple, en allant lui rendre de fréquentes visites, apporter au malade un adoucissement à son triste sort et un véritable réconfort moral qui a une grande valeur dans une situation aussi pénible. L'administrateur légal « automatique » n'offre aucun de ces avantages. Dans ces conditions, il y aurait lieu, pour tous ces motifs, de faire nommer un administrateur judiciaire, comme on le fait maintenant, par la Chambre du Conseil après avis du Conseil de famille.

Mais il est bien entendu que cette désignation doit être obligatoire, et pour être certain que la famille va faire les diligences nécessaires aux fins de cette désignation, le médecin de l'asile privé aurait le droit de saisir le Parquet, si dans un délai de quinzaine à dater de l'entrée du malade dans son établissement, la famille ne justifiait pas les avoir faites. Cette justification serait facile à fournir soit au moyen d'une lettre de l'avoué chargé de la procédure, ou, si l'on veut, d'un certificat délivré par le greffier du Tribunal. Ces sortes de procédure sont d'ailleurs très rapides ; en quelques semaines on peut avoir un jugement de cette nature.

Le Docteur Lauzier demande que cet administrateur rende des comptes au moment du renouvellement triennal de ses fonctions. Nous l'approuvons entièrement et, à notre avis, cette reddition de compte devrait être faite au Président du Tribunal qui l'a nommé.

A Paris, un bureau de contrôle des séquestres et des administrations judiciaires fonctionne normalement, sous la surveillance d'un magistrat. Ce magistrat délégué par le Président serait tout indiqué pour recevoir ces comptes.

Semblable organe pourrait être facilement créé en province.

Avec toutes ces garanties, la nomination d'un curateur est-elle nécessaire ? Nous ne le pensons pas.

Nous arrivons au troisième état du malade envisagé dans son rapport par le Docteur Lauzier.

III. L'aliéné est interdit.

La réforme du Code Civil touchant cette matière est intimement liée à celle des mineurs.

Ce qui sera décidé pour ces derniers, beaucoup plus nombreux que les interdits, le sera pour ceux-ci. Exiger une réforme sur ce point pour les seuls aliénés risquerait de faire échouer les modifications et améliorations de la loi du 30 juin 1838, dont la nécessité et l'urgence sont l'évidence même, en attendant la loi d'assistance et de protection sociale dont on parle toujours mais qui ne vient jamais.

Laissons là cette matière qui, comme on le voit, ouvre un champ trop vaste pour la réforme que nous souhaitons.

Retenons toutefois que dans son article 14, la loi du 30 juin confère au tuteur *seul* le droit de demander la sortie immédiate d'un malade interné. Ce droit exorbitant met l'interdit, même guéri, à la merci de son tuteur. Si celui-ci s'oppose à cette sortie, on ne peut envisager d'y suppléer, en l'état actuel, qu'au moyen de procédures détournées, longues et compliquées. Une réforme sur ce point présente la plus grande urgence. Le Procureur de la République devrait ici avoir le droit d'intervenir. Seule son action sera efficace, car un autre que lui pourrait se laisser influencer par le tuteur ou un membre de la famille, lui ne pourra jamais l'être. L'intérêt du malade impose cette solution.

Avant de quitter ce domaine de l'interdiction, je voudrais encore parler de la délibération du conseil de famille prévue au Code et qui doit donner son avis sur l'opportunité de la demande.

Le Docteur Lauzier bat en brèche ce conseil de famille qu'il voudrait voir remplacé par un Juge de Tutelle. Il traite cette institution d' « archaïque » et comme n'étant d'aucune utilité. Disons de suite qu'il n'est pas le seul à formuler cette critique que de grands théoriciens, dont quelques-uns sont des professeurs de droit éminents, l'ont faite avec lui.

Qu'il soit permis à un vieux praticien d'émettre un avis diamétralement opposé à celui de ces distingués théoriciens.

S'il est vrai que dans beaucoup de cas les conseils de famille sont composés de clercs de notaire et d'avoués mandataires, c'est que l'objet de la délibération du conseil de famille n'offre qu'un intérêt relatif. Il s'agit, en effet, la plupart du temps, de la désignation d'un subrogé-tuteur, d'un tuteur *ad hoc,* de l'obtention d'une autorisation par le tuteur d'accep-

ter une succession sous bénéfice d'inventaire ou de toute autre décision sans grand intérêt.

Mais si l'objet de la délibération est d'importance, je ne me souviens pas avoir vu de membres du conseil se dérober à leur devoir, si ce n'est pour une cause absolument légitime, maladie ou éloignement. S'il s'agit notamment d'une demande en interdiction un peu téméraire et discutable, il n'est pas rare de voir une discussion parfois fort vive s'engager, et les voix se diviser. Le juge de paix, instruit par la discussion, ne peut alors donner son propre avis qu'en pleine connaissance de cause.

Il ne faut donc pas croire, comme le prétend le Dr Lauzier, que le juge de paix (je cite ses propres paroles) « ne sait que ce que lui disent les parents et se trouve réduit à enregistrer leur volonté ».

Voulez-vous, à ce sujet, me permettre d'évoquer un souvenir personnel, de vous raconter les phases mouvementées d'une délibération de conseil de famille à l'occasion de laquelle j'assistais l'une des parties intéressées ?

Il ne s'agissait pas d'une interdiction, mais d'une question du maintien ou du retrait de la tutelle d'une mère qui allait se remarier et dont le mariage n'était pas approuvé par tous les membres du conseil de famille. Une vive discussion s'engagea entre les divers membres du conseil. L'un d'eux fit un véritable et long réquisitoire contre la mère. Ce conseil de famille dura plus d'une heure. On procéda au vote et, contrairement aux prévisions de la mère, on constata que trois membres votaient pour le maintien et trois pour le retrait de la tutelle. Le membre hostile au maintien de la tutelle avait donc gagné au moins deux voix à sa cause. Le juge de paix allait donc, avec sa voix, décider du sort de la mère. Se rendant compte de l'importance de son vote, il demanda à réfléchir et suspendit la réunion. Pendant cette suspension, il a fait venir un à un les membres du conseil dans son cabinet, les a, en quelque sorte, confessés et a repris la délibération avec la conviction très ferme qu'il devait donner sa voix en faveur du maintien de la mère dans la tutelle. Et il la donna en effet. N'est-ce pas là, par excellence, le Juge de Tutelle d'autant mieux éclairé qu'il l'a été contradictoirement par la famille elle-même.

Cette observation était intéressante à vous donner pour vous montrer que les délibérations de conseil de famille ne sont pas toujours de pure forme et qu'elles présentent au contraire parfois une grande utilité.

Cette espèce démontre également que cette question de suppression ou de maintien des conseils de famille dépasse le cadre de l'interdiction et doit confirmer chacun dans cette idée qu'il s'agit là d'une réforme d'ensemble de notre Code Civil qui échappe à l'étude de la loi de 1838 qui nous occupe actuellement.

Mais revenons à notre sujet et abordons maintenant la quatrième situation.

IV. Le psychopathe est soigné à domicile.

Question délicate entre toutes. Que de grands malades frappés de démence vivent dans leur famille où ils sont entourés des soins les plus dévoués : va-t-on, dans des cas semblables, sous prétexte de protection de biens, pénétrer dans l'intérieur des familles, raviver ainsi la douleur de tous ?

A vrai dire, on comprend le silence du projet de M. Strauss à ce sujet et, à notre avis, il serait préférable de ne pas songer à protéger ces malades aussi longtemps qu'ils sont soignés par des père et mère et par des grands-parents qui ont, les uns et les autres, un intérêt évident à bien gérer et administrer les biens de leurs enfants, si toutefois ceux-ci en possèdent, car la plupart du temps ils n'auront que ceux que leurs parents leur laisseront. Mais dès que ceux-ci viendront à disparaître, et que des frères et sœurs ou d'autres parents plus éloignés prendront soin du malade, nous serions d'avis qu'une mesure de protection soit prise, *à fortiori* si le malade est soigné par un étranger à la famille.

Mais quelle protection lui donner ? S'il est absolument inconscient et s'il a ainsi perdu tout contact avec le reste du monde, sur la déclaration obligatoire à faire sous peine d'une sanction à déterminer, par le parent ou l'étranger qui veut continuer à soigner chez lui le malade privé de ses ascendants, le Parquet pourrait d'office solliciter de la Chambre du Conseil un jugement *autorisant un placement à domicile.* Le même jugement nommerait en même temps un administrateur aux biens du malade.

Si celui-ci est à demi-conscient, nous pourrions adopter la solution du conseil judiciaire dont il va être question dans le paragraphe suivant.

V. Psychopathes traités dans les services ouverts.

Les psychopathes placés dans un service ouvert sont en prévention de maladie. Vous ne pouvez, dans ces conditions,

leur laisser la liberté de gérer et administrer leurs biens sous peine des pires dangers. La désignation d'un administrateur provisoire s'impose donc.

La procédure indiquée par mon regretté confrère et ami Mᵉ Thorel, ancien Président de la Chambre des Avoués, et rappelée par le Dʳ Lauzier, est insuffisante, aurait-elle même une base juridique. Elle consiste à solliciter du Président, qui statue en vertu de son seul pouvoir discrétionnaire, une ordonnance rendue sur simple requête et nommant un administrateur. Les Présidents de nombreux Tribunaux de province se sont toujours refusés à rendre de semblables ordonnances. Depuis quelques années, le Président du Tribunal de la Seine qui s'est, pendant longtemps, montré assez favorable à cette procédure, dans certaines situations exceptionnelles, ne nomme plus d'administrateur dans ces conditions, que pour un délai déterminé (3 mois ou 6 mois au plus) et à charge par le requérant d'introduire dans ce délai une demande en interdiction. Cette précaution indique une préoccupation bien légitime. En effet, le malade jouissant encore d'une demi-liberté pourrait passer des actes parallèlement avec son administrateur. Cette capacité civile en partie double présente, on le conçoit facilement, de graves inconvénients. Un texte législatif seul peut remédier à cet état de choses excessivement dangereux pour le malade et les tiers qui pourraient traiter avec lui.

Mais quelle mesure prendre ? Quel texte adopter ?

Il ne faut pas se dissimuler que nous nous trouvons là en présence d'une grande difficulté.

Il vient naturellement à l'esprit de faire nommer, dans ce cas, un administrateur par jugement de la Chambre du Conseil. Mais ce jugement, à la différence de celui qui prononce une interdiction ou qui dote un individu d'un conseil judiciaire, ne reçoit aucune publicité, il restera ignoré des tiers qui pourraient, de bonne foi, contracter avec le malade dans le temps où il se trouve rendu momentanément à la liberté.

On ne voit qu'un moyen de pallier à ce grave inconvénient, c'est d'arriver à l'idée de la publicité de la mesure prise. Mais elle répugne au premier abord, car c'est révéler, *urbi et orbi*, l'existence d'une maladie mentale, ce qui peut devenir très pénible pour le malade et sa famille.

Cependant, qui veut la fin, prend les moyens. La publicité

exigée par la loi en cas de dation de conseil judiciaire, ne soulève aucune émotion particulière. Ce serait peut-être de ce côté qu'il faudrait chercher la solution. Un conseil judiciaire, toujours facile à faire lever en cas de guérison, pourrait être nommé à ce malade et ce par une procédure rapide et spéciale en chambre du conseil. Les actes que peut faire seul le pourvu d'un conseil judiciaire ne vont jamais bien loin et ne peuvent le ruiner. Si cette idée de conseil judiciaire était adoptée, la publicité se trouvant être la même que celle concernant un pourvu de conseil judiciaire ordinaire, les tiers et notamment les agents d'affaires toujours aux aguets d'un être faible pour faire une affaire fructueuse s'éloigneraient d'eux-mêmes, car ils ne tarderaient pas à savoir qu'ils ont en face d'eux non pas seulement un prodigue, mais un demi-malade.

Cette solution est d'ailleurs conforme à l'esprit de l'article 499 du Code Civil et il semble que ce soit la meilleure que l'on puisse entrevoir pour donner des apaisements à la famille et pour protéger les demi-malades dans leurs biens.

M Alexander. — **Le rôle du Dispensaire d'Hygiène mentale et de l'Office de réadaptation sociale dans la protection des biens de certains malades mentaux.**

Les biens les plus modestes doivent être protégés comme les grosses fortunes. Certains malades, sortis d'établissements psychiatriques ou traités en cure libre ne possèdent que des sommes qui ne suffiraient pas à payer les frais d'une interdiction. Cependant, il y a, pour le malade, grand intérêt à voir cette petite somme protégée contre la cupidité de tiers et surtout contre ses propres erreurs.

Lorsqu'il s'agit de ces malheureux presque indigents, il y a intérêt à confier la gestion de leur patrimoine à un organisme peu compliqué, conservant des rapports assez étroits avec le malade pour connaître ses besoins, ses obligations et les dangers auxquels l'exposent ses anomalies. Cet organisme devra être en relations avec un dispensaire d'hygiène mentale, car l'avis du psychiatre doit, pensons-nous, être souvent demandé en matière de tutelle.

Je crois intéressant d'indiquer brièvement le rôle que peut jouer un Office de réadaptation sociale dans la protection des biens des psychopathes, et surtout des psychopathes peu fortunés.

L'Office de réadaptation sociale de Bruxelles fut fondé en 1922, sous les auspices de la Ligue belge d'Hygiène mentale. Au début, il se proposait surtout de lutter contre le vagabondage, de façon curative et préventive. Peu après, son action s'étendit aux détenus libérés, et le reclassement d'anciens prisonniers devint une branche importante de son activité. En 1930, une section fut créée, qui eut pour tâche la protection des malades mentaux sortis des asiles.

L'Office se compose de fonctionnaires des services de la Bienfaisance, d'auxiliaires sociaux, de personnes, d'œuvres et de médecins. Les enquêtes et les tentatives de reclassement sont faites méthodiquement, techniquement, pourrait-on dire, par des auxiliaires sociaux spécialisés. La collaboration du Dispensaire d'Hygiène mentale est indispensable dans un très grand nombre de cas, et pas seulement pour les anciens pensionnaires d'Asiles d'aliénés. Les vagabonds, les anciens délinquants physiquement aptes au travail, qui n'arrivent pas, malgré l'aide constante et judicieuse qu'on leur apporte, à se reclasser — lorsque les conditions générales du marché du travail le permettent — sont toujours des anormaux. Ceux qui ont la charge de les guider ont besoin de l'aide du psychiatre. Ainsi s'est établie entre les deux organismes une collaboration quotidienne. Outre l'aide qu'il donne à ses clients pour leur procurer un gîte, des vêtements, des repas, des outils, pour favoriser la reprise des relations avec leur famille, l'Office de réadaptation sociale se charge de gérer le pécule d'un grand nombre d'entre eux. Après un séjour prolongé dans une colonie de Bienfaisance, dans un établissement psychiatrique ou pénitentiaire, certains malades se trouvent posséder des sommes, rarement très importantes, mais qui leur sont très utiles dans les premiers temps de leur vie libre. Ces pécules proviennent de ce qu'a gagné l'interné par son travail, de l'accumulation de termes de pensions d'invalidité, parfois d'héritages. On devine ce qui se produit lorsque les libérés peuvent disposer sans contrôle de leur avoir. L'expérience montre que le plus souvent, tout est dépensé en quelques jours, sans que rien ou presque ne soit consacré à des objets utiles. Le contrôle des dépenses par une personne ou un groupe de personnes capables d'apprécier leur opportunité rend les plus grands services. C'est, dans bon nombre de cas, cette forme de protection qui a permis à des psychopathes de se maintenir dans la vie sociale pendant un temps suffisant pour aboutir à un reclassement sérieux.

L'obligation de confier la gestion de leur pécule à l'Office de réadaptation sociale est souvent imposée à des anormaux comme condition de leur libération. Un grand nombre de sujets acceptent sans qu'on doive les y obliger, cette tutelle, et même certains la sollicitent. On voit, par exemple, d'anciens internés qui ont repris des habitudes régulières de travail et mènent une vie sociale normale, demander à l'Office de réadaptation sociale de garder leurs économies.

Je crois inutile d'insister sur l'avantage que présente pareille mesure pour toute une catégorie d'anormaux : les débiles mentaux, les petits délirants, et, surtout, les alcooliques et autres toxicomanes, par exemple. J'ai surtout voulu montrer qu'il y avait grand intérêt à confier la gestion des biens de ces malades à une organisation comprenant l'importance sociale de sa mission et s'inspirant des principes psychiatriques. J'estime même que quiconque s'occupe de gérer les biens d'un aliéné, même fortuné, devrait offrir les mêmes garanties.

M. Lauzier, *rapporteur*. — Je tiens tout d'abord à remercier les divers orateurs qui ont bien voulu prendre la parole à l'occasion de mon rapport, mais avant de leur répondre je crois nécessaire de leur faire connaître que le rapport supplémentaire de M. le Sénateur Strauss vient d'être mis en distribution il y a quelques semaines. Ce nouveau projet de loi a adopté un certain nombre de nos suggestions ; c'est ainsi qu'il élargit les pouvoirs de l'administrateur légal. L'article 45 de ce projet autorise, avec l'approbation de la Commission, les baux de six et neuf ans ; il permet même la vente des immeubles, sous la double garantie d'une délibération de la Commission homologuée par le Tribunal en Chambre du Conseil, et d'une vente aux enchères publiques devant un notaire commis.

M. Delmas m'a reproché d'une façon générale d'avoir une confiance excessive dans les effets de la législation, et sans me rallier à cette opinion légèrement subversive, je m'associe par contre entièrement aux paroles qu'il a prononcées sur le rôle du médecin dans les services de psychopathes. C'est un devoir pour ce dernier de s'intéresser à la situation morale et matérielle de ses malades et de provoquer les mesures de protection qui pourraient être nécessaires.

L'intervention de MM. Delmas et Vignaud a souligné l'existence d'une divergence entre leurs points de vue et le mien

en ce qui concerne la protection des biens des malades soignés dans les asiles privés. A mon avis, la question est un peu différente suivant qu'il s'agit d'asiles privés faisant fonction d'asile public ou de maisons de santé privées.

Dans le premier cas, il existe déjà auprès de ces établissements une Commission de surveillance, mais la circulaire du 15 janvier 1860 n'autorise pas ces commissions à s'occuper de l'administration provisoire des biens des malades. Un fait récent met en lumière les conséquences déplorables de cette lacune : un département du Massif central traitait jusqu'à ce jour ses aliénés dans un asile public, les biens des malades étaient protégés et administrés régulièrement ; or, pour des raisons de politique locale, M. le Ministre de l'Intérieur a signé un décret transformant cet asile public en un asile privé faisant fonction d'asile public ; il en résulte que dorénavant les biens de ces mêmes malades vont rester à l'abandon, il n'y aura plus d'administrateur légal. En présence de situations pénibles comme celles-ci, on souhaite qu'un amendement soit déposé sur l'article 45 du nouveau projet de loi, disposant que les Commissions de surveillance des établissements privés faisant fonction d'asile public puissent, comme celles des autres établissements publics d'aliénés exercer les fonctions d'administrateurs provisoires. Ainsi, les 15.000 malades traités dans les asiles privés faisant fonction d'asile public seront protégés.

Quant aux malades placés dans les Maisons de santé privées, ils ne sont protégés que si la famille demande la nomination d'un administrateur judiciaire. Il peut arriver que le malade interné n'ait pas de parents qualifiés pour intervenir. MM. Delmas et Vignaud nous ont rappelé qu'une enquête judiciaire extrêmement sérieuse et minutieuse était ordonnée lors du placement de chaque malade et ils nous ont apporté le modèle du questionnaire utilisé. Il en est ainsi en effet dans la Seine. Mais sont-ils certains qu'il en soit de même partout en province ?

J'estime personnellement que le système offrant le plus de garanties est celui préconisé par M. le Président Michel, c'est-à-dire l'intervention automatique de l'administrateur provisoire légal, délégué de la commission de surveillance de l'asile public le plus proche. Ces formalités effraieront, nous dit-on, les familles et éloigneront les malades des maisons de santé fermées. Mais ne croyez-vous pas que les formali-

tés nouvelles prévues à l'article 13 du nouveau projet de M. Strauss, cette délibération obligatoire du Tribunal en Chambre du Conseil au cours du second trimestre de l'entrée de chaque malade, n'auront pas les mêmes conséquences ?

J'ai vu avec plaisir M. Delmas se rallier finalement au principe d'une administration légale et automatique dans les asiles privés. Je crois d'ailleurs cette solution plus pratique, plus rapide et surtout moins vexatoire que celle indiquée par M[e] Chartier : l'obligation de la nomination d'un administrateur judiciaire dans la quinzaine. Les familles conserveront toujours la faculté de faire nommer cet administrateur si elles le préfèrent.

Je m'associe entièrement aux observations de M. Delmas sur l'utilité d'un contrôle de l'administrateur judiciaire par le Tribunal, contrôle qui pourrait être effectué à chaque renouvellement triennal. Si cette reddition de comptes périodique était instituée, je me rangerais à mon tour à l'avis de M. Delmas sur l'inutilité d'une curatelle obligatoire.

M. Vignaud, en s'appuyant sur mes observations, a fait remarquer que trop souvent dans les asiles publics l'administration provisoire présentait de grosses lacunes. Ces critiques ne sont pas nouvelles, puisque M. André Tardieu, lorsqu'il était Inspecteur général, en a fait l'objet en 1911 d'un remarquable rapport très documenté. Elles restent encore vraies, et dans quelques asiles, les administrateurs ne s'intéressent aux biens des malades que si des incidents viennent les y obliger. Une enquête obligatoire sur la situation de fortune de chaque entrant rendrait des services en secouant l'inertie de quelques administrateurs.

Mon ami, le D[r] Desruelles, a soulevé la question de la rémunération de l'administrateur provisoire que j'avais laissée de côté pour ne pas alourdir ce rapport. Je le remercie de son intervention. C'est l'article premier de l'Ordonnance du 18 décembre 1839 qui édicte la gratuité des fonctions de membre de la Commission de Surveillance, et par voie de conséquence la gratuité des fonctions du délégué administrateur provisoire. Pratiquement, dans la plupart des asiles, il existe au budget un article prévoyant une certaine somme pour les frais d'organisation matérielle du service de l'administration provisoire. Dans les asiles de la Seine, une délibération de la Commission de surveillance, en date du 17 décembre 1927, a fixé un pourcentage de 5 p. 1000 sur les capitaux gérés par le bureau de la tutelle, afin de rémunérer les auxiliaires indis-

pensables. L'administration des biens des malades est une fonction très absorbante, surtout dans les grands asiles, et elle mérite, sans contredit, une rémunération. Sans aller jusqu'à la création de nouveaux fonctionnaires, l'heure en serait peut-être mal choisie, j'estime qu'une forte indemnité devrait être allouée aux administrateurs, responsables de leur gestion.

Malgré l'avis de M. Desruelles, je suis d'accord avec M. Delmas sur l'intérêt de réunir dans les mêmes mains l'exercice de l'administration provisoire et du mandat *ad litem*.

La question de l'interdiction a soulevé quelques remarques fort judicieuses de la part de Mᵉ Chartier. Ce dernier m'a reproché d'avoir fait un procès de tendances au Conseil de famille. J'avoue que mon exposé n'était qu'un reflet de l'enseignement théorique de la Faculté de Droit et j'ai été très heureux d'apprendre qu'en pratique, cette institution n'était pas aussi défectueuse qu'on veut bien le dire. Et cependant, n'est-il pas surprenant de voir les promoteurs du Code civil suisse, et les membres de la Société d'Etudes législatives, en étudiant les modifications de la tutelle, retirer des mains du Conseil de famille les pouvoirs de désignation et de contrôle du tuteur, afin de les confier à l'autorité judiciaire !

Je partage sans réserve l'opinion de M. Desruelles sur la nécessité de rendre l'interdiction plus souple, plus facile, plus rapide, moins onéreuse, mesures qui rendraient ce système si complet de protection d'un emploi plus fréquent par les familles.

J'ajoute que j'ai vu avec plaisir disparaître du nouveau projet de loi de M. Strauss les restrictions prescrites par les articles 14 et 29 de la loi de 1838 sur le régime de sortie des malades interdits, contre lesquelles je m'étais élevé.

J'en arrive maintenant à la protection des biens des malades traités dans les services ouverts. La question est ici fort délicate. Si l'on envisage le service libre comme un quartier d'hôpital, d'où le malade peut sortir à son gré et dont la porte ne peut être fermée, il est bien évident que les cas qui nécessiteront une protection seront exceptionnels. En effet, si le malade présente des dangers, on doit le placer dans un quartier d'asile, et aussitôt il est entouré de toutes les garanties de la loi de 1838. Le malade du service ouvert, s'il est conscient, pourra donner une procuration ; s'il est dans un état lui retirant son libre arbitre, il ne sera pas loin de l'état pouvant justifier un internement selon la loi de 1838. Dans ces conditions, il ne serait nécessaire d'organiser la protection des biens que

dans les cas d'espèce, certainement très rares, où le malade, sans être internable, ne pourrait gérer momentanément sa fortune. Ces cas existent, M. le Dr Toulouse lui-même le reconnaît. C'est pourquoi j'avais proposé la procédure simple et rapide de la nomination d'un administrateur temporaire par ordonnance sur requête. Me Chartier a bien voulu nous faire remarquer qu'en ce cas, l'ordonnance par juridiction gracieuse manquait de base juridique, et c'est d'ailleurs pourquoi j'avais pensé rendre légale cette jurisprudence, en prévoyant son emploi facultatif dans un article de la loi sur les services ouverts.

Me Chartier nous a proposé la solution du Conseil judiciaire. Je crains, pour ma part, que ce mode de protection ne soit bien compliqué, souvent trop tardif, et ne soit considéré comme vexatoire par bien des familles.

En réalité, le plus souvent, les malades des services ouverts, pour lesquels on est amené à envisager des mesures pour la conservation de leurs biens, seraient mieux à leur place dans un service fermé. Aussi, l'expérience montrera dans l'avenir, au fur et à mesure de la généralisation des services ouverts, s'il est nécessaire de légiférer sur ce sujet.

Les suggestions de M. Alexander sont tout à fait judicieuses. La protection des biens de nos malades doit également s'inspirer des principes d'assistance sociale. En particulier, la collaboration des œuvres privées, des dispensaires d'hygiène mentale, des offices de réadaptation sociale, ne peut que faciliter l'organisation d'une protection efficace.

En terminant, j'émets le vœu que nous puissions voir venir, sans trop tarder, le jour où sera promulguée cette réforme si attendue du régime des psychopathes. A mon sens, l'effort du législateur devrait porter plus sur la protection des biens que sur le problème de la liberté individuelle, ou de la chasse à des séquestrations arbitraires inexistantes.

Si j'ai eu quelque appréhension à rapporter devant vous une question qui a soulevé et qui soulève encore de vives polémiques, je ne regrette pas de l'avoir fait, puisque de ces débats il ressort clairement que, pour la plupart, nous sommes d'accord sur les grandes lignes d'une réforme : élargissement des pouvoirs de l'administrateur, création d'une administration automatique dans les asiles privés, possibilité d'une protection temporaire pour les malades des services ouverts, dans les cas exceptionnels où cette protection des biens serait nécessaire.

COMMUNICATIONS DIVERSES

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

La dynamique et la statistique des constitutions

par MM. Paul Courbon et Jean Tusques

M. Delmas, dans son rapport, insiste avec raison sur le fait que la cyclothymie se distingue de toutes les autres constitutions psychopathiques parce qu'elle se présente tantôt comme un excès, tantôt comme un défaut d'activité. Toutes les autres constitutions sont immuablement soit un défaut soit un excès, mais jamais les deux. « Un hyperémotif ne devient pas un anémotif, un pervers, un débonnaire, un mythomane, un sincère, ni inversement », dit-il. Un paranoïaque, eût-il pu ajouter, ne devient pas insensible ni inversement. Seule, la cyclothymie présente des oscillations d'un pôle à l'autre.

Ce caractère de « bipolarité » est en effet, ainsi que l'affirme le rapporteur, spécifique de la cyclothymie. Mais s'il en est ainsi, cette différence entre la cyclothymie et toutes les autres constitutions, psychopathiques élémentaires, possibles ou imaginables, n'est-elle pas due au fait que celle-là et celle-ci appartiennent à deux catégories différentes de phénomènes ? Si la cyclothymie est la seule à être constituée par des oscillations, n'est-ce pas parce qu'elle est l'expression du mouvement, alors que les autres expriment des formes ? Si cette hypothèse est exacte, il faudrait voir dans la cyclothymie une anomalie de la dynamique, et dans les autres constitutions, des anomalies de la statique psychique, le mot dynamique signifiant la production de l'énergie génératrice d'activité et le mot statique signifiant la forme dans laquelle cette énergie se dépense, c'est-à-dire l'ensemble des facultés dont l'activité dispose.

Nous allons essayer de démontrer qu'il en est ainsi, à l'aide

d'analogies dont les approximations, nous sommes les premiers à le reconnaître, n'échappent pas toutes à la critique.

Rechercher si un individu est cyclothymique, c'est rechercher si son activité varie d'un moment à l'autre. C'est suivre cet individu au cours de son existence pour comparer les degrés de son activité : c'est étudier le mouvement de sa vie.

Rechercher si un individu est mythomane, émotif, pervers ou paranoïaque, etc., c'est rechercher l'étendue de son activité. C'est rechercher si chez lui la vanité, l'émotivité, la bonté, l'avidité, offrent à son activité des champs égaux en dimension aux champs qu'elles offrent à l'activité de l'homme normal. C'est étudier la forme des directions imposées par la nature à son activité.

A n'importe quel moment on peut, même sur un inconnu, mettre en évidence les constitutions autres que la cyclothymie, en réalisant les circonstances propres à mettre en lumière sa bonté, son émotivité, sa vanité, son avidité. De même la forme et l'étendue de n'importe quel objet sont perpétuellement visibles quand on les éclaire.

On ne peut mettre en évidence la constitution cyclothymique qu'en suivant le sujet dans la vie, car pour apprécier si le degré actuel de son activité est de l'excitation, de la dépression, il faut la comparer aux degrés qu'elle a déjà eus. De même le mouvement ne s'apprécie dans l'espace qu'en fonction du temps.

Les métaphores qui viennent à l'esprit pour décrire la cyclothymie sont prises dans le vocabulaire du mouvement : débit, courant, rapidité, lenteur, frein, arrêt, inhibition, expansion, agitation, cadence, rythme. Les métaphores qui viennent à l'esprit pour décrire les autres constitutions sont prises dans le vocabulaire de l'étendue : excès, défaut, atrophie, hypertrophie, lacune, disproportion.

La cyclothymie résulte d'une irrégularité dans la production de l'énergie de l'organisme. Les autres constitutions résultent d'un manque d'équilibre dans la canalisation destinée à recevoir cette énergie.

Si l'on osait risquer une comparaison grossière entre le psychisme et une machine, on pourrait dire que le moteur est en jeu dans la cyclothymie. Elle corrrespond à un moteur dont le régime est déréglé. Ce sont les roues qui sont en jeu dans les autres constitutions. Elles correspondent à des roues inégales et le véhicule penche du côté où la roue est la plus petite

ou du côté opposé à la roue qui est la plus haute.

En bref, c'est la dynamique du psychisme qui est anormale dans la cyclothymie. C'est la statique du psychisme qui est anormale dans toutes les autres constitutions psychopathiques. Voilà la raison du caractère de la bipolarité spéciale à la cyclothymie.

Il serait bon de ne pas employer le même mot pour désigner les anomalies statiques et l'anomalie dynamique. Le terme équilibre signifiant déjà, au point de vue mental, un état dans lequel aucune faculté n'est prédominante au détriment des autres (Lalande), l'épithète « déséquilibrés » devrait être réservée aux individus porteurs d'une constitution psychopathique autre que la cyclothymie. Pour les individus porteurs de celle-ci, il faudrait trouver une autre épithète. Celle de dérythmés vient tout de suite à l'esprit parce qu'évocatrice de mouvement. Mais le mouvement de l'activité de l'individu normal n'est pas rythmé ou l'est très peu, si bien que les cyclothymiques sont au contraire des « rythmés » ou « hyperrythmés ». Pour éviter un néologisme et conserver le radical rythme si évocateur, nous proposons l'épithète de « dysrythmés », qui ne préjuge pas du mode de l'activité normale.

Indiquons, en terminant ces considérations, qu'elles ne sont que l'aboutissant de divers articles publiés par l'un de nous en ces dernières années et d'une communication récente faite par nous deux à la Société Médico-Psychologique du 14 janvier 1932, sur le rythme et l'équilibre mentaux.

Pour conclure, nous dirons : dans la constitution mentale, on doit distinguer l'élément dynamique, c'est-à-dire le mode de production de l'énergie créatrice d'activité et l'élément statique, c'est-à-dire la forme des territoires où cette énergie se distribue, l'ensemble des facultés dont cette activité dispose. Une atteinte de l'élément dynamique donne naissance, si elle est légère, à la constitution cyclothymique, si elle est grave, à la psychose maniaque dépressive. Une atteinte de l'élément statique, suivant le territoire qu'elle intéresse, donne naissance, si elle est légère, à l'une ou l'autre des constitutions psychopathiques autres que la cyclothymie ; si elle est grave, à l'une ou l'autre des psychoses constitutionnelles autres que la psychose maniaque dépressive.

Faut-il admettre les constitutions schizoïde et épileptoïde ?

par M. L. Neuberger

Le présent exposé, bref d'ailleurs, et d'ordre purement nosologique, ne tend aucunement à amorcer un débat en voulant attaquer la légitimité de réalités cliniques aussi évidentes que le sont la schizoïdie et l'épileptoïdie : elle se propose seulement d'examiner succinctement leurs titres à prétendre au rang de « constitution » schizoïde et de « constitution » épileptoïde, que revendiquent pour elles les auteurs qui se sont appliqués à leur étude.

Nos conceptions personnelles au sujet des constitutions psychopathiques se rapprochent sensiblement des conclusions dégagées par notre éminent Rapporteur, au cours de sa pénétrante analyse : autonomie, innéité, transmissibilité héréditaire, accentuation ou révélation à la puberté, influence déterminante sur la formule de psychoses à venir.

Relativement à son contenu, la constitution morbide nous apparaît, avant tout, comme un complexe morpho-psychologique qui repose sur un fondement biogénétique constant (probablement déséquilibre humoral germinatif) et aboutit à une disproportion des diverses fonctions mentales entre elles, les unes empiétant sur d'autres conservées et nullement amoindries mais devenues simplement tributaires.

Et l'essentiel de la constitution morbide, c'est bien précisément cette dysharmonie de structure qui déplace, sans l'ébranler, l'axe de l'édifice et se borne à *dévier tout le déterminisme intime du psychisme*. Par là, elle s'oppose à la vieille notion, plus proprement somato-psychique, de dégénération mentale, toujours liée à quelque encéphalopathie congénitale, et qui implique, au contraire, une énergie appauvrie *ab ovo,* une dystrophie *par carence.*

Cette distinction, — toute schématique, — de la sorte évo-

quée, nous serons plus à l'aise et fondés à plus de rigueur dans l'appréciation de deux pseudo-constitutions, tard venues dans le vocabulaire psychiatrique, et qui nous ont semblé procéder davantage d'une indigence quantitative portant sur l'ensemble du potentiel psychique, que d'une simple orientation primitive défectueuse parmi les valeurs ou ressources mentales.

En ce qui concerne tout d'abord la disposition schizoïde, même entendue suivant l'acception élargie et compréhensive que lui a donnée l'école de Ste-Anne, nous ramenons à quatre chefs nos motifs de lui contester droit de cité dans le domaine des constitutions. Et nous serons volontairement concis, le Rapporteur lui ayant signifié, de son côté, quelques sévères réserves.

1. En premier lieu, l'objection de principe, qui retrouve ici toute sa force : l'aptitude schizoïde ne réalise pas strictement une variété de déséquilibre fonctionnel, mais bien plutôt une désintégration originelle de la synthèse mentale ; à sa racine, elle comporte déjà, du fait de cette désinsertion du réel qui la caractérise, une altération *déficitaire :* et, comme telle, ne repousse ni un certain appoint de débilité mentale parfois concomitant, ni même une évolution quasi-démentielle toujours possible des psychoses en lesquelles elle trouve son prolongement.

2. Puis c'est la réfutation étymologique : la même remarque, en somme, souvent faite à propos du terme « pithiatisme », qui entend puiser sa signification surtout du mode d'action du traitement (curable par persuasion). Ici, pareillement, la logique s'insurge contre l'appellation de « constitution schizoïde », qui suspend sa définition à ses effets, ou plutôt à ses échecs, — c'est-à-dire à l'impuissance du sujet placé devant la vie pratique.

3. Ensuite, elle ne se présente pas comme une constitution autonome. Syndrome composite, assurait le Rapporteur en nous dévoilant ses rapports avec les constitutions dépressive et émotive. Bien plus, suggérions-nous au cours d'un travail paru cette année même : symptômes *d'emprunt* pour la plupart, qu'elle est allé quémander à des constitutions voisines ayant sur elle « pas » d'ancienneté, telles que la constitution paranoïaque et imaginative. Aujourd'hui, contentons-nous de pointer quelques-uns de ces caractères communs, en laissant

en suspens toute discussion touchant leur interdépendance ou prééminence respective.

Sont-ce en effet des attributions de la constitution schizoïde, ou ne dirait-on pas des indices de paranoïa que le tableau suivant : amour de la solitude ; être timide, vivant à l'écart ; repliement sur soi ; rumination mentale ; et puis goût marqué pour un idéal d'austérité ou d'humilité ; enfin impuissance à « voir grand », à réaliser...

De même, sont-ce signes de schizoïdie ou bien des éléments tirés de la constitution imaginative, que ces brèves notations : sujet rêveur, vivant « dans les nuages », restreint à une activité « de jeu » ; onirisme. Et déjà Bonhoeffer, cité par Dupré, décrivait que certains imaginatifs se délectent à des conceptions fictives, auxquelles, sans y croire vraiment, ils se plaisent à accorder une existence prévalente...

4. Enfin terminons cette ébauche de procès doctrinal en rappelant que la supposée constitution schizoïde ne contient pas forcément et dans tous les cas la raison d'être et le déroulement implicite des psychoses dites schizophréniques. De Morsier et Morel, pour ne citer qu'eux, deux compatriotes de Bleuler, ont observé des schizophrènes indubitables, chez lesquels la psycho-clinique n'avait pu déceler nulle trace d'une disposition schizoïde antérieure. Et cet argument, pour être mentionné en dernier, n'en mérite pas pour cela moindre considération.

Pour ce qui est maintenant de la constitution épileptoïde, de plus fraîche acquisition, et sous laquelle on tend à grouper les équivalents comitiaux classiques, — là encore nous n'avons garde de dénigrer la réalité d'un terrain clinique qui demeure indéniable, — nous contestons uniquement la dignité de constitution dont on cherche à investir l'aptitude épileptogène.

Rappelons très vite les arguments sur lesquels s'appuient les défenseurs de la « constitution épileptoïde » :

Prédominance sur le type dit « athlétique », — bipolarité des dispositions mentales (tantôt impulsivité et tantôt bradypsychie) ; — transmissibilité héréditaire : telles en seraient les caractéristiques.

Laissant délibérément toute discussion visant les correspondances du type athlétique, nous résumerons seulement quatre ordres d'objections qui poseraient chacun autant d'intéressants problèmes.

1. Cette bipolarité épileptoïde nous doit-elle inpirer quelque rapprochement avec la cadence du rythme cycloïde ? Non, en vérité, aucune analogie ne paraît soutenable entre l'oscillation, plus ou moins régulière, plus ou moins prévisible, de l'expansivité motrice élémentaire, qui a nom constitution cycloïde, et, d'autre part, l'explosivité paroxystique et désordonnée des dispositions comitiales.

2. D'ailleurs ce tempérament épileptoïde lui-même, avec ses contrastes soudains et inquiétants, — il est à penser qu'on en doive aller chercher le secret très simplement dans l'inégalité d'action des toxines issues de foyers d'encéphalopathies, et non point dans une manière de déviation psychoplastique originelle.

Au surplus des observations, entre autres de MM. Tinel et Baruk de l'an dernier, tendent à démontrer que, chez le comitial, les variations d'humeur subites, souvent parallèles à des crises convulsives ou hallucinatoires épisodiques, sont conditionnées par de banales poussées d'hypertension intra-cranienne : donnée qui suffit à démasquer leur fondement organique et à leur refuser la valeur de qualités constitutionnelles.

3. Et ici les preuves abondent pour dénoncer plus fermement encore l'organicité de la prétendue constitution épileptoïde. Elle n'est ni le reflet, ni le développement d'une simple dysharmonie dans la structure psychique, mais au contraire suppose nécessairement une épine somatique pour se révéler sous forme de manifestations psychopathiques. Cette *règle de l'organicité épileptogène* est assise sur de solides constatations :

Hérédité de l'épilepsie essentielle sous condition d'une hérédité syphilitique ; — coexistence ou alternance des accidents mentaux et des crises motrices ; — nombreux exemples d'une épilepsie évoluant vers la démence (Pactet et Marchand) ou au contraire d'affaiblissement démentiel suivi de l'apparition de paroxysmes comitiaux (Marchand) ; — psychoses épileptiques avec symptômes striés associés (Tinel et Marchand) [faisant prévoir quelque lointaine similitude entre l'automatisme ambulatoire et les pulsions si fréquentes chez le parkinsonien] ; — mais, par-dessus tout, notion de l'épilepsie traumatique accidentelle et de l'épilepsie tardive de l'adulte, résolument incompatibles avec toute pathogénie constitutionnelle.

4. Poussons plus avant. Que dire des perversions épileptoïdes marquées au sceau de la cruauté, de la sournoiserie ;

devrons-nous tenter de leur accorder la même innéité qu'on reconnaît aux perversions instinctives telles qu'elles découlent d'associations mytho-paranoïaques (malignité, amoralité) ?... Ce serait là ressusciter, pour le compte de l'épilepsie, la controverse sur les perversions post-encéphalitiques qui fut à l'ordre du jour du Congrès de Médecine légale de 1929. Nous ne ferons qu'effleurer la question en maintenant que, chez tout délinquant présumé épileptique, les réactions plus apparemment conscientes et préméditées devront être généralement rapportées à des dispositions antérieures, que le processus toxi-infectieux n'aura fait qu'exalter, — tandis que les réactions plus spécialement brusques, incoercibles, avec je ne sais quoi d'automatique, de monotone, et en tous cas de demi-lucide, dénuées de tout caractère utilitaire, — ainsi que l'épilepsie justement en peut offrir le tableau, — pourront être rattachés vraisemblablement à l'effet conjugué d'une lésion et de l'intoxication occasionnelle. En sorte que, dans la pratique, tout le problème de la constitution épileptoïde se réduit, en définitive, au dépistement d'encéphalopathies épileptogènes, d'étiologie polymorphe certes, mais toujours toxi-lésionnelles.

Concluons brièvement. Nous acceptons, et le bon sens clinique nous y invite, les terrains somato-psychiques favorables à l'éclosion de manifestations, soit schizoïdes, soit épileptoïdes ; mais l'analyse critique hésite cependant à leur conférer la valeur de constitutions morbides, selon l'acception aujourd'hui admise et précisée qui s'attache à ce terme.

Du reste, il y aurait, ce semble, quelque imprudence à multiplier ainsi à l'envi la liste des constitutions. De fervents adeptes de l'automatisme mental ne nous ont-ils pas soumis une « constitution automatique » ? Des biologistes allemands, au sujet de certains syphilitiques prompts à « faire de la paralysie générale », dissertent de l'opportunité d'une « constitution paralytique ». Déjà, on s'emploie à mettre en relief les équivalents mentaux de l'hypoglycémie : va-t-on nous gratifier d'une « constitution hypoglycémique » ? On pourrait même diversifier à l'infini, suivant que l'attention ou l'ingéniosité des auteurs se sentirait attirée vers telle ou telle particularité prévalente, dans l'ordre psycho-moteur ou morphologique (constitutions spasmophilique, hypoplasique, etc.). Le mieux n'est-il pas de s'en tenir aux catégories établies, sans plus ?

Les constitutions mentales en psychiatrie infantile et en pédagogie

par M. H.-M. Fay

C'est avec juste raison que M. A. Delmas a indiqué dans son rapport la place importante que doit prendre la notion des constitutions psychopathiques en psychiatrie infantile. Les anomalies du caractère et de l'humeur que présente la grande majorité des enfants que nous avons à soigner, qu'elles s'accompagnent ou non de déficit intellectuel ou de troubles endocriniens, inquiètent les familles à cause de l'obstacle qu'elles apportent à l'éducation ou à l'instruction et quelquefois à cause des réactions antisociales qu'elles entraînent.

Dès le plus jeune âge, dès le berceau, l'enfant manifeste ses dispositions avec une netteté parfois surprenante, et pourtant les parents ne voient pas, soit par inexpérience, soit par aveuglement le sens qu'il faut donner à ces manifestations qu'ils traitent volontiers de nervosisme, ou qu'ils admirent sous le nom de sagesse, de docilité ou d'espièglerie. De 2 à 8 ans, la personnalité s'affirme. Dupré disait qu'à cet âge la mythomanie est physiologique ; oui, si l'on fait de la mythomanie un trouble de l'imagination ; non, si, comme je le pense, le mensonge n'existe que lorsqu'il y a intention de tromper, dans ce cas l'imagination se contente de fournir la matière du mensonge.

Ce qui est certain, c'est qu'à cet âge, l'enfant n'a guère appris à masquer les manifestations intempestives de sa constitution mentale, qu'il lui donne libre cours et qu'à cet âge il nous est le plus aisé de prévoir son avenir mental et de prendre toutes mesures thérapeutiques ou pédagogiques propres à reculer si possible chez lui l'efflorescence d'une psychose prévisible ou de le rendre plus apte à vivre dans la société où il est destiné à poursuivre son existence.

Il ne suffit pas alors de classer les enfants dans un de ces groupes sans homogénéité (nervosisme, irritabilité, instabilité,

apathie, etc...) qui n'ont souvent d'autre intérêt que de mettre une étiquette vague sur un trouble du comportement ; il est plus utile de chercher à expliquer les anomalies par la constitution psychopathique, en raison des indications nettes de traitement que comportera le diagnostic psychophysiologique.

Même lorsque les anomalies caractérielles dont se plaignent les parents sont imputables à une cause organique (épilepsie, encéphalite...), ou endocrinienne, il est utile de définir la constitution mentale du malade, car celle-ci ajoute sa note propre à celles qui relèvent de la cause pathologique accidentelle. C'est ainsi qu'une constitution cyclothymique expliquera l'intermittence des bouffées de perversion de certains encéphalitiques.

Toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une attitude mentale anormale par son intensité, sa répétition ou sa durée, il est indispensable d'en fixer la cause psychophysiologique. S'agit-il par exemple de paresse ? Celui qui en est atteint peut être un léger paranoïaque à jugement déficient, un mythomane soucieux de se singulariser, un débile moral qui n'a pas le sens du devoir, ni le désir de faire plaisir, un déprimé constitutionnel, un excité instable, un hyperémotif douteux. Ces types profondément différents les uns des autres, ne réclament-ils pas une thérapeutique et une pédagogie différente ?

Le mensonge lui-même n'est pas toujours pure réaction de mythomane, car il peut être imputé à l'hyperémotivité, à une défense de déprimé, ou de paranoïaque, à un besoin d'excité ou de pervers.

Les perversions sexuelles, comme l'a indiqué Delmas, se relient selon les cas à l'émotivité ou à la perversité ; et l'instabilité qu'elle soit motrice, affective ou intellectuelle n'est-elle pas un mode de comportement relevant des causes constitutionnelles les plus diverses. Inutile, je pense, de pousser plus loin ces exemples.

Delmas a rendu à la psychologie clinique un immense service en définissant les dispositions affectives-actives. Entre ces dispositions et les constitutions psychopathiques, il n'y a que quelques degrés à franchir, sans que la limite qui sépare les unes des autres puisse être rigoureusement établie. La psychiatrie infantile trouve précisément une abondante matière à étude dans les cas limites qui éloignés de la

moyenne des individus ne peuvent cependant pas être dits franchement pathologiques. Que de manifestations choquantes pour l'entourage familial (instabilité, coquetterie, mensonges, bouderies, courtes fugues) n'ont pour le médecin, le psychologue et l'éducateur d'intérêt qu'autant qu'elles s'expliquent par un mécanisme psychophysiologique solide tel que la prévalence ou la déficience d'une disposition, ou celui tout voisin d'une constitution psychopathique.

La fixité, la permanence, la fatalité des dispositions est comparable à celle des constitutions.

Je suis moins sévère que ne le paraît Delmas quand il parle des efforts vains de la pédagogie contre elles. Je crois que notre désaccord n'est qu'apparent. Il tient à ce que notre distingué confrère n'a pu dans son trop bref rapport développer toute sa pensée. Il a d'ailleurs, en collaboration avec M. Boll, exprimé que l'éducation a un rôle dans la formation de la personnalité acquise, mais que cette dernière ne résulte jamais d'une entorse à la psychologie. L'éducation a pour but de donner l'expérience et de résoudre le problème suivant : « Etant donnée telle personnalité (caractérisée, par exemple, par la prédominance de telle constitution psychopathique), comment peut-on porter à l'optimum son rendement tant au point de vue social que de l'individu ? » La réponse est la suivante : En utilisant sa constitution mentale, ses dispositions dominantes, en vue de lui faire produire des actes socialement ou personnellement utiles. Toute méthode qui ne répond pas à ce plan, paraît vouée à l'insuccès.

Il est aussi vain, en effet, de chercher, par l'éducation, à exalter la bonté, la religiosité ou l'humanitarisme chez un pervers constitutionnel, que de vouloir rendre, par des méthodes pédagogiques, sincèrement modeste un paranoïaque, ou vif et gai un déprimé.

Cette vérité qui était de notion courante au IVe siècle et davantage encore au XIIIe avec saint Thomas d'Aquin, qui doit beaucoup à Aristote, semble avoir été progressivement oubliée depuis la Renaissance, au point d'avoir permis l'éclosion d'une pédagogie uniforme. Celle-ci, à la rigueur acceptable à une époque où elle ne s'appliquait qu'à une élite restreinte, est devenue intolérable sous un régime d'instruction obligatoire et dans une démocratie où l'éducation sociale est indispensable. Ce n'est pas renier le passé, que de moderniser à la lumière de la psychiatrie les principes d'éducation

des grands psychologues anciens. C'est ce que mettent en pratique les écoles nouvelles et un certain nombre de pédagogues qui en dehors de ce groupe collaborent à l'évolution de notre pédagogie française.

Pour ma part, j'ai porté dans la pratique les enseignements qui découlent de la doctrine des constitutions telle que Delmas l'a exposée dans « La Personnalité Humaine ». J'avais commencé même à les appliquer un peu avant la parution de son ouvrage, à la suite de conversations dans lesquelles il m'avait exposé ses idées. Jusqu'ici, je ne les ai pas trouvées en défaut.

Il y a onze ans, au Foyer Central d'Hygiène de l'Association Léopold-Bellan, j'organisais un cours destiné surtout aux membres de l'enseignement primaire. Il avait pour but non seulement de leur apprendre ce qu'il était essentiel qu'ils sussent sur les anomalies de l'intelligence, mais encore, et j'ose dire surtout, ce qui a trait aux anomalies du caractère et de l'humeur des enfants... Leçons de psychologie clinique et de psychopathologie s'appuyèrent dès le premier jour sur la doctrine des constitutions. Ce sont les leçons faites en 1924 que je devais publier peu de temps plus tard.

Les résultats pratiques ne se firent pas attendre.

Les discussions soulevées, les questions posées par les instituteurs, nous montrèrent l'importance qu'ils attachaient à comprendre mieux la pychologie des enfant anormaux, eux qui jusqu'alors ne paraissaient connaître que les arriérés. Le P[r] Laignel-Lavastine, nos confrères MM. Simon, A. Delmas, Paul-Boncour, Grimbert, Wallon, Jeudon, ont bientôt avec moi assuré cet enseignement du Foyer Central d'Hygiène. Je puis affirmer qu'il a modifié les méthodes éducatives de bien des jeunes instituteurs qui ont compris qu'à côté de l'instruction, ils ont à faire de l'éducation, et que celle-ci ne peut être entreprise empiriquement. Le fil conducteur est dans la connaissance profonde de la personnalité de chacun des enfants qui leur sont confiés. Tâche ardue pour qui n'a fait que de la psychologie livresque, mais tâche que nos cours ont facilitée d'autant que nous les avons doublés d'un stage clinique où chacun peut venir nous demander notre avis pour la direction pédagogique de tel de ses élèves.

C'est parce qu'aujourd'hui mon expérience, porte annuellement sur plus d'un millier d'enfants dont la moitié présentent des troubles imputables à leur constitution mentale,

parce que j'ai vu la constante fidélité de la doctrine des constitutions en matière pédagogique, parce que par elle je suis arrivé à des résultats pratiques très satisfaisants, que je reste plus fidèle défenseur que jamais des idées de Delmas. Nous ne prétendons pas changer la personnalité innée qui est immuable, nous visons à retarder l'efflorescence des psychoses, et surtout à adapter, au mieux des intérêts de l'individu et de la société, le comportement de nos malades.

Je ne veux citer que l'exemple de ce jeune homme anémotif, un peu déprimé, sans avidité, d'éthisme faible, mais seulement un peu hypersociable, chez lequel j'obtins des succès scolaires inespérés en précisant à son maître d'internat de quelle manière il devait profiter de la constitution mentale du sujet pour le faire sortir de sa paresse invétérée. Je sus plus tard que Maurice de Fleury, qui professait les idées de Delmas, avait chez ce sujet, neuf ans plus tôt, fait un diagnostic psychologique identique au mien, mais on avait alors négligé d'appliquer la thérapeutique pédagogique nécessaire.

La puberté n'avait en rien modifié l'adolescent. Quelques-uns pensent que la crise pubérale peut changer la constitution mentale. C'est une erreur. Qu'à cet âge de la vie, sous l'action exaltée de certaines secrétions endocriniennes se produisent des réactions inaccoutumées et en apparence contradictoires avec le passé infantile, d'accord ; mais ces réactions ne sont que passagères et accidentelles et d'ailleurs aisément imputables à leur cause réelle. Le plus souvent, je n'ai observé qu'une accentuation de la constitution mentale, surtout dans la sphère de la cyclothymie et de l'hyperémotivité.

En résumé, la notion des constitutions apporte à la psychiatrie infantile et à la pédagogie une clarté qui leur permet de progresser de la façon la plus féconde. Cette notion est inséparable de celle des dispositions affectives-actives. Dix années d'expérience personnelle en font foi.

M. J. Hamel (de Maréville). — Je saisis cette occasion pour rendre hommage à l'œuvre de M. Fay dont j'ai utilisé les leçons de psychologie pathologique pour l'instruction des élèves-instituteurs. Avec mon collègue et ami Meignant, nous avons entrepris l'éducation spéciale des élèves instituteurs de la Ville de Nancy. Et je dois dire que les conceptions de Delmas sur les constitutions psychopathiques me paraissent

être une excellente méthode didactique. Il ne peut être en effet question d'enseigner toute la psychiatrie aux pédagogues.

Quant au rôle du médecin, il demeure primordial et doit précéder celui du pédagogue.

M. Aug. Ley (de Bruxelles). — La collaboration avec les pédagogues me paraît fort utile et personnellement je l'ai toujours préconisée et appliquée. Disons cependant que le côté médical pur ne doit jamais être perdu de vue — et je suis convaincu d'être d'accord avec M. Fay sur ce point. Je me permettrai, pour illustrer mon intervention, de relater brièvement le cas, vieux de dix ans, d'un jeune garçon qui présentait des tendances, apparemment irréductibles, au vol et à la perversité. Un collègue syphiligraphe me l'avait adressé et ma psychothérapie, les procédés éducatifs appliqués dans un institut spécial, n'avaient, après un an, rien modifié. Le pronostic était fâcheux, la perversion instinctive paraissait incurable. Or ce jeune homme s'est complètement et rapidement modifié, et est resté guéri, après un traitement antisyphilitique fait sur les instances de sa mère. Bien qu'il ne présentât aucun signe morphologique ou biologique de spécificité, la mère, contaminée par le mari, avait observé le bénéfice psychique retiré par ce dernier de certaines cures spécifiques et avait ainsi heureusement forcé la main aux médecins. — Ceci pour confirmer la prépondérance, dans certains cas, de la thérapeutique médicale sur la psychothérapie éducative et pour demander si des « constitutions » perverses qui se modifient ainsi rapidement peuvent encore être considérées comme telles.

M. Achille Delmas. — Je suis heureux que la communication de M. Fay me donne l'occasion de réparer un oubli et une injustice, que j'ai commis à son sujet dans mon rapport, par la nécessité de simplifier et d'abréger. Je suis d'autant plus coupable, que l'œuvre d'enseignement dirigée par le Dr Fay et dont il vient de vous faire connaître l'esprit et les résultats, est bien connue de moi, puisque j'ai été appelé à y faire des cours en même temps que nos collègues Laignel-Lavastine, Simon, Wallon, Grimbert et d'autres encore. L'intérêt et l'originalité de cet enseignement tiennent à ce qu'il vise à donner non seulement des notions de psycho-pathologie, mais aussi des notions de psychologie normale basée sur

les dispositions affectives actives, que nous avons décrites dans notre livre sur la « Personnalité humaine », autrement dit un enseignement susceptible de servir de guide non seulement pour les enfants anormaux, mais aussi pour les enfants normaux. J'ai vu là des maîtres des écoles primaires vraiment passionnés pour ces études, et s'ils ont pu, comme je le leur disais, remplir jusqu'ici et très honorablement leurs fonctions, d'une manière intuitive et un peu empirique, ils ne le feront que plus aisément et plus sûrement, par une connaissance raisonnée et rationnelle.

M. Hamel nous disait tout à l'heure qu'en collaboration avec M. Meignant, il avait organisé à Nancy un enseignement du même genre, en utilisant la même classification et les mêmes données. Cela m'incite à vous faire connaître que depuis la parution de notre livre, un grand nombre de pédagogues français sont entrés en relation avec nous et, à l'heure actuelle, plusieurs directeurs d'écoles normales d'instituteurs ont entrepris de faire inscrire aux programmes de leurs écoles ce même enseignement de la psychologie.

Il y a quelques jours encore je recevais une lettre de l' « Office de Réadaptation sociale », de Bruxelles, qui me soumettait un projet d'inscription, au programme des écoles du service social, « d'un cours de psychologie appliqué de l'individu, basée sur vos méthodes d'investigation psycho-pathologiques ».

Les interventions de MM. Fay et Hamel m'ont encouragé à vous faire connaître ces diverses orientations pédagogiques vers les enseignements tirés de la doctrine des constitutions.

La connaissance des constitutions et la psychothérapie

par M. Alexander (de Bruxelles)

Il peut paraître banal de dire que la psychothérapie, la plus ancienne cependant des méthodes de traitement, est celle qui a fait le moins de progrès. En pharmacie, en chirurgie, en physiothérapie, un médecin a, lorsqu'il débute, un ensemble très important de connaissances pratiquement éprouvées, que lui ont transmises ses aînés. Les conquêtes de chaque génération médicale s'ajoutent à celles des générations précédentes et assurent un perfectionnement incessant. Par contre, l'ensemble des moyens d'action morale mis à la disposition du médecin ne s'accroît que très lentement, et les indications, les méthodes d'application de ces moyens ne se précisent ni ne se développent dans une mesure appréciable. Il faut, je pense, attribuer cette lenteur au fait que quiconque s'occupe de psychothérapie introduit, dans sa conception des maladies et de leur traitement, un élément subjectif dont l'importance est plus grande que celle de n'importe quel autre facteur. Les nombreuses propositions par lesquelles les auteurs s'efforcent d'expliquer, par des raisons de psychologie théorique, leur action, n'empêchent pas celle-ci de s'exercer surtout par un ensemble de phénomènes affectifs. Chaque médecin a appris, par une expérience dont le mécanisme est le plus souvent inconscient et qui est toujours strictement individuelle, à agir moralement sur ses patients. Les acquisitions qu'il a ainsi faites, bien qu'empiriques, ne sont pas méprisables, puisque ce sont elles qui, après tout, permettent au médecin d'exercer, pour le bien de son malade, une action morale, et de traiter efficacement un grand nombre de troubles fonctionnels, par exemple.

Mais la lecture des ouvrages consacrés à la psychothérapie, malgré la grande quantité de remarques judicieuses et de considérations intéressantes qu'ils contiennent, donne l'im-

pression que leurs auteurs ne peuvent exprimer, de façon utile, ce qu'il y a d'essentiel dans ce qu'ils ont appris. Un chirurgien décrit anatomiquement, avec une précision rigoureuse, sa façon d'exécuter une opération dans le cas d'une lésion qu'il décrit avec tout autant de précision ; un cardiologue, par des signes cliniques qui ne prêtent pas à confusion, par des épreuves physiologiques, par des graphiques dont la signification est évidente, peut décrire aussi complètement que possible l'état d'un malade ; il pourra apporter autant de clarté à indiquer la posologie d'un médicament bien connu ; il lui sera facile, ensuite, d'exprimer objectivement le résultat de son traitement. L'expérience qu'il aura faite pourra donc servir à éviter à d'autres de devoir la recommencer. Peut-on en dire autant lorsqu'il s'agit du traitement moral des psychonévroses, par exemple ?

Quand les psychiatres parlent des grandes affections mentales classiques, ils se comprennent parfaitement. De même, les grands syndromes psychonévrotiques ont été décrits avec assez de détails pour qu'on puisse en parler sans ambiguïté. Mais dès qu'il s'agit d'analyser l'état affectif d'un malade, chaque médecin décrit son patient de façon particulière ; il compose une image qui répond à la conception philosophique et surtout sentimentale qu'il s'est créée de la maladie. Au lieu de la précision de l'anatomiste ou du physiologiste, on trouve, dans la description donnée par le psychothérapeute, une part qui lui est propre, qui vient de sa personnalité. Or, il ne peut extérioriser complètement celle-ci. Cette difficulté augmente encore lorsqu'il s'agit d'exprimer les détails d'une méthode de traitement moral, et, surtout, ses indications et les particularités de son application. Pourquoi, chez tel obsédé, la suggestion à l'état de veille réussira-t-elle alors que chez tel autre, dont on décrirait l'état identiquement comme celui du premier, ce procédé échouera ? Nul ne peut expliquer de façon satisfaisante cette différence. Le psychiatre, après quelques années de pratique, reconnaîtra, sans pouvoir donner de raison formelle, le malade auquel il doit appliquer la suggestion. Il connaît bien ses patients, mais il ne peut communiquer les éléments les plus utiles de cette connaissance.

Or, il importe que nous exprimions, avec le maximum d'objectivité, tout ce qui se rapporte au traitement moral. C'est une condition du progrès ; c'est aussi une nécessité pour les médecins qui, de jour en jour davantage, sont consultés sur

les méthodes d'éducation et de rééducation à appliquer aux anormaux et aux normaux. Nous devrions pouvoir indiquer avec netteté, dans tous ses détails, le procédé qui convient dans tel ou tel cas. Nous ne le pouvons que rarement.

Les éléments de la personnalité du sujet ont, en cette matière, une importance primordiale, et, en rapportant les principales constitutions à des maladies cliniquement bien connues, M. Achille Delmas permet de décrire, sans équivoque, la personnalité mentale des sujets. Grâce à sa synthèse, nous pouvons désormais donner, des tendances constitutionnelles du malade étudié, une description objective. Cette description donnée, des questions de deux ordres se posent : quelles sont, parmi ces tendances constitutionnelles, celles qui permettent d'exercer une action morale, d'espérer un résultat d'efforts éducatifs ; comment pourrons-nous utiliser, pour guérir certains troubles, les réactions dictées au sujet par sa constitution ? Par quel moyen, et particulièrement par quel moyen psychologique, provoquerons-nous ces réactions ?

D'autre part, en présence de troubles uniquement dus à la constitution du malade, nous devons étudier comment on amènera celui-ci à s'adapter à son milieu, en équilibrant, par l'une ou l'autre forme d'activité, ce que certaines tendances ont de pathologique. L'éducation, par l'adaptation des types constitutionnels purs ou composites, la recherche dans les diverses tendances d'éléments compensateurs favorables, doivent être étudiées systématiquement. A côté des recherches concernant le traitement biologique ou médicamenteux de certains états, les recherches sur le traitement moral conservent toute leur importance, et la notion des constitutions permet de leur donner une orientation utile.

La morphologie des délinquants

par M. W. Boven (de Lausanne)

L'auteur présente, sous forme de croquis projetés sur l'écran, l'image de quatre délinquants, internés au Pénitencier cantonal vaudois.

Il en fait le prétexte et le sujet d'une revue des idées modernes sur les rapports de la morphologie et de la caractérologie et interroge successivement les doctrines de Lombroso, de di Giovanni, Viola, Barbara, de Sigaud, Mac-Auliffe, Thooris, de Kretschmer et de di Tullio.

Les suggestions fournies par ces doctrines n'apportent, il le fait voir, que des données bien insuffisantes pour asseoir le diagnostic de la mentalité criminelle, de son pronostic et particulièrement de la nocivité des individus qu'elles considèrent.

Les stigmates lombrosiens ne dénoncent en effet que l'existence des conditions défavorables qui ont présidé à l'engendrement, à la conception, à la gestation et à la naissance des êtres, disgrâciés autant par la blastotoxie (au sens de Vervaeck), que par l'hérédité. Un stigmate de la dégénérescence n'est donc que le signe perceptible d'une infortune tout organique. L'erreur de Lombroso, fort honorable, a consisté dans sa foi en une association, prétendument obligatoire, de la perversité native avec des tares ou stigmates physiques accumulés ; une autre erreur, révélée par des observations nouvelles, réside dans l'effort vain de Lombroso, de déterminer des tares spéciales à chaque genre ou variété de délit.

De l'ensemble des observations du conférencier, exposées d'une manière volontairement succincte et schématique, il résulte que :

1) les stigmates physiques, fréquemment décelables chez les délinquants, n'annoncent donc rien de plus qu'une venue au monde dans des conditions biologiques fâcheuses ;

2) la perversité précoce accompagne ou non ces tares visibles, selon que l'individu descend de générateurs pervers ou non et selon qu'il s'est développé dans un milieu corrompu et corrupteur ou moral ;

3) la détermination de la nocivité ou *pericolosita* de l'école italienne, ne peut pas être fondée sur le seul examen des formes individuelles, mais sur cet examen plus l'examen psychologique ;

4) la criminalité qui accompagne les tares physiques est une criminalité « basse », d'instincts et d'impulsions, tandis que la criminalité « haute », souvent et même communément bien plus redoutable que la précédente, réside dans des dispositions du caractère, que nulle anomalie de la forme ne désigne en dehors des signes de la gesticulation, de la parole et du geste ;

5) En conséquence, la criminalité et la perversité ne se dévoilent souvent qu'à un examen psychopathologique ou caractérologique attentif, chez des individus parfois bien nés, au physique et au social, exempts de stigmates, parfois riches de dons divers, d'autant plus redoutables qu'ils sont mieux nantis et plus aptes à couvrir leurs fautes.

Remarques critiques de méthodologie. L'illusion psychologique en psychiatrie : psychomancie et psychiatrie médicale. Le fatalisme doctrinal en psychiatrie : psychiatrie statique et psychiatrie dynamique.

par M. Georges Petit (de Ville-Evrard)

S'il est évident qu'on ne saurait entreprendre la moindre observation sans idées directrices et que, parmi la multitude des phénomènes offerts à notre intérêt, on soit obligé à une sélection, à une hiérarchie des faits observés, de ceux que Bacon appelait « les faits privilégiés », il peut apparaître, de prime abord, assez judicieux de mettre au premier plan, dans l'étude des maladies dites mentales, le phénomène psychologique, « le fait mental ». Cette *attitude psychologique* peut apparaître légitime au grand public, aux littérateurs, aux métaphysiciens, à certains psychologues et surtout aux sociologues, administrateurs, juristes et médecins légistes ; car, de par les réactions psycho-motrices qu'il entraîne, le trouble psychique détermine d'énormes répercussions sur le comportement individuel dans ses rapports avec le milieu et possède une importance *sociale* incontestable.

Mais, si l'on se place au point de vue strictement *médical*, on peut s'étonner, au contraire, que le médecin, accoutumé par une longue discipline professionnelle à rechercher systématiquement la cause organique des phénomènes, partage encore actuellement la même attitude et se satisfasse de la même illusion. Si l'on veut bien nous accorder que la psychiatrie constitue, tout de même, une branche de la médecine et qu'il semble légitime de lui voir appliquer les mêmes méthodes, on admettra, sans doute, que l'on ne saurait concevoir, médicalement, un élément psychologique sans substratum

organique pour le produire, pas plus qu'on ne saurait envisager de phénomènes psychopathologiques sans modifications organiques pour les conditionner.

Médicalement parlant, il apparaît, également, d'une méthode tout à fait contestable de considérer isolément, dans un ensemble de phénomènes pathologiques, une seule catégorie de faits : les faits psychologiques. Malgré sa valeur sociale et son intérêt incontestable, le signe psychologique ne saurait être arbitrairement détaché de toute la série des phénomènes organiques qui en forment le substratum et l'on ne saurait oublier qu'il n'est point cause, mais effet, qu'il constitue seulement la somme, le produit, le résultat, — infiniment complexe, certes, — mais tout de même secondaire, de toute l'activité organique. « Nous pensons avec tout notre corps », a dit, fort justement, un éminent psychologue contemporain. Aphorisme d'un incontestable réalisme médical, mais trop souvent perdu de vue en méthodologie psychiatrique.

Faire abstraction de leurs composantes organiques et baser sur la psychologie pathologique les classifications, la séméiologie, le diagnostic et le pronostic des psychoses apparaît œuvre aussi naïve et aussi archaïque que celle des uromanciens de jadis, basant diagnostic et pronostic des maladies sur le seul examen des urines. A ce point de vue, une grande part de la psychiatrie contemporaine, édifiée sur de simples différenciations de faits psychologiques, constitue, — non point une branche de l'art médical, — mais une véritable *psychomancie,* tout à fait comparable, par ses procédés, à l'uromancie de nos ancêtres et susceptible des mêmes critiques et des mêmes erreurs.

Cette attitude psychologique, indéfendable du point de vue théorique, s'avère, en effet, *pratiquement,* aussi critiquable que fallacieuse.

Au point de vue *étiologique,* l'expérience quotidienne montre que, si des symptômes ou syndromes psychologiques particuliers peuvent se manifester assez souvent en rapport avec une cause spéciale, il n'en est pas toujours ainsi : le même syndrome psychologique pouvant ressortir à des facteurs étiologiques très divers. Réciproquement, aussi, un même élément étiologique pourra se traduire par des symptômes psychologiques très variés et souvent même très variables, non seulement chez des malades différents, mais souvent

chez le même sujet à diverses périodes de la maladie. Les tentatives de réduction à de simples formules psychologiques des causes des psychoses et des psychopathies se sont montrées, d'ailleurs, toujours aussi vaines que sans portée médicale. Et nous ne pensons pas qu'il soit possible d'affirmer qu'il existe, actuellement, en psychiatrie, des signes ou des syndromes psychologiques vraiment caractéristiques, vraiment *spécifiques* de causes pathologiques déterminées.

Au point de vue *séméiologique* et *heuristique*, il n'est point sans intérêt de noter combien cette prépondérance théorique accordée aux signes psychologiques en psychiatrie arrive à déterminer, chez l'observateur, un véritable désintérêt pour tout ce qui n'est pas psychique en même temps qu'une réelle obnubilation pour le point de vue organique. Il nous arrive constamment de recevoir des psychopathes, déjà observés par des médecins tout à fait distingués, lesquels, après avoir noté, — souvent avec beaucoup de finesse analytique, — les divers symptômes et syndromes psychologiques, ajoutent qu'ils n'ont point relevé de signes neurologiques ni d'autres désordres organiques ; alors qu'en réalité, s'imposent, à une observation davantage orientée vers le point de vue médical, des troubles organiques souvent énormes : syndromes choréiques ou choréo-athétosiques masqués par l'agitation, paraplégies organiques dissimulées par l'état de stupeur, troubles de la vue ou des réflexes, fièvre, etc. Tous signes organiques inaperçus et méconnus presque volontairement, pourrait-on dire, parce que leur recherche a été systématiquement dédaignée par une observation polarisée théoriquement sur les seuls signes d'ordre psychologiques. Car, pour la majorité des psychiatres et médecins non spécialisés, le terme psychose équivaut toujours à maladie mentale sans base organique, à maladie fonctionnelle *sine materia* ou à maladie constitutionnelle (ladite constitution n'étant caractérisée, d'ailleurs, que par des éléments psychologiques).

En ce qui concerne la *classification* et le *diagnostic positif* des maladies dites mentales, cette base psychologique se montre-t-elle plus fructueuse ? Certes, il est possible de grouper autour d'un mécanisme psychologique particulièrement étudié (asthénie psychique, perte du contact vital avec la réalité, etc.) un grand nombre de syndromes psychopathiques où cet élément psychologique paraît électif ou prépondérant. Mais ce caractère psychologique spécial se montrant, généra-

lement, à l'usage, commun à un très grand nombre de syndromes, on aboutit à de vastes synthèses nosologiques qui finissent par englober la psychiatrie presque toute entière. En variant la terminologie, — par des étiquettes nouvelles, autant que possible dérivées du grec, — on peut avoir l'illusion d'avancer dans la connaissance des phénomènes. Mais peut-on croire qu'une épithète nouvelle appliquée à des phénomènes restés toujours mystérieux suffise à en éclaircir la substance ?

Aussi illusoires nous semblent les éléments de *diagnostic différentiel* et de *pronostic* basés sur la discrimination et l'analyse des seuls états psychologiques. On sait combien apparaissent peu fructueuses les tentatives effectuées si souvent pour différencier, par leurs caractères psychologiques, la confusion et la démence, les diverses catégories de délires, les multiples formes de l'automatisme mental, etc. Peut-on dire que ces distinctions psycho-cliniques assurent, de façon plus rigoureuse, diagnostic différentiel et pronostic ? Ne connaissons-nous pas tous de ces malades qui, présentant des états maniaques ou mélancoliques tout à fait classiques — (lesquels, classiquement aussi, devraient être un gage durable de conservation du fond mental et d'intégrité affective) — n'en aboutissent pas moins, à plus ou moins longue échéance, à une démence ou à une dissociation intellectuelle et affective caractérisée. Et, réciproquement, ne savons-nous pas que des malades, ayant présenté des syndromes de discordance ou de dissociation plus ou moins prolongés, guérissent ou, s'ils récidivent, n'aboutissent jamais à l'indifférence affective ou à la démence. Enfin, nous n'ignorons point combien se montrent relatifs et souvent illusoires les signes psychologiques dits de *chronicité*. A telle enseigne qu'un de nos excellents maîtres, clinicien émérite, devenu sceptique par expérience, ne manquait pas de remarquer avec humour : « Voici qu'apparaissent les signes de chronicité : préparons-nous à annoncer à la famille que son malade va guérir ! »

« Guérison ! Voilà un mot bien rare dans la bouche d'un psychiatre ! » ajouteront certains, en observant qu'en psychiatrie, les pronostics ouvrent bien rarement les portes à l'espérance. Et de fait, loin d'admettre que le psychopathe peut être atteint d'une maladie curable, susceptible de régression et sensible à une action thérapeutique, le psychiatre ne voudra voir, le plus souvent, dans chaque sujet présentant

des troubles psychiques, qu'un infirme mental dont l'état constitutionnel ne peut guère, conséquemment, que s'aggraver.

Ce *fatalisme doctrinal,* dont la psychiatrie moderne semble toute imprégnée, aboutit, pour certaines psychoses (délire chronique, démence précoce) à la création arbitraire de phases évolutives qui, théoriquement, ne sauraient être que des phases d'aggravation. En médecine générale, l'arthrite n'aboutit pas toujours à l'ankylose, ni la pneumonie à l'hépatisation grise, ni la tuberculose pulmonaire aux cavernes. Mais, pour nos malades, démence ou dissociation, ou, tout au moins, inévitables rechutes et chronicité, tel est l'avenir que nous devrions, théoriquement, réserver à l'évolution de leurs troubles. Heureusement pour nos malades, la réalité clinique se montre plus optimiste. Mais n'apparaît-il pas déplorable que, seule de toutes les branches de la médecine, la psychiatrie s'enferme encore actuellement dans un fatalisme aussi désolant.

Pessimisme du pronostic aboutissant au scepticisme thérapeutique, tels sont les effets les plus nets de ce fatalisme doctrinal. Puisant ses bases dans les dogmes insuffisants et périmés des prédispositions et des constitutions, il n'envisage que l'état statique, l'apparence psychologique du fond mental, du terrain. Ce terrain — dont nous ne dénions pas l'importance — a, certes, la même valeur en psychiatrie que dans les autres branches de la pathologie. Mais nous ne saurions continuer à laisser dans l'ombre les modifications dynamiques que peuvent lui imprimer les toxi-infections, aux formes si variées, aux manifestations organiques si complexes et si captivantes, quand on veut bien considérer le malade mental, non point seulement en psychologue, mais en médecin.

Attiré jadis vers la psychiatrie par le côté psychologique et social, si séduisant, des troubles de l'esprit, nous ne craignons pas d'avouer aujourd'hui — à mesure que, depuis près de vingt-cinq ans maintenant, se multiplient nos observations, — qu'*en psychiatrie, le fait psychologique possède une valeur médicale secondaire* et doit céder le pas — pour la classification nosographique, la séméiologie, le diagnostic et le pronostic, et surtout pour la thérapeutique, — au fait organique qui le conditionne et qui constitue son véritable substratum.

Débarrassée de cette illusion psychologique et de son fatalisme doctrinal, vivifiée par des recherches systématiques dans les divers domaines des faits organiques (et nous estimons que ces investigations peuvent se montrer aussi fructueuses pour la différenciation médicale, organique, du fond constitutionnel, du terrain que pour la détermination du germe, de la graine) la psychiatrie actuelle (trop fréquemment statique, psychologique et souvent même métaphysique) pourrait devenir une branche véritable de la médecine, une psychiatrie vraiment médicale, évoluant certes avec son dynamisme propre, mais, — malgré ses apparences psychologiques, — demeurant toujours intégrée dans les cadres et dans les disciplines de la pathologie générale.

Discussion

M. d'Hollander (de Louvain). — Je suis heureux d'avoir entendu les conceptions générales, développées si brillamment par M. Petit. C'est la conviction que les progrès nouveaux en psychiatrie doivent venir d'une collaboration avec la médecine générale et l'emploi des méthodes de la médecine expérimentale qui m'a orienté vers les recherches dont j'ai eu l'honneur de vous présenter les résultats.

Du rôle prédominant des infections par ultra-virus dit neurotropes dans le déterminisme des psychoses et des psychopathies.

par M. Georges Petit (de Ville-Evrard)

Des études et des recherches cliniques systématiques, poursuivies depuis bientôt près de quinze ans, nous ont permis de mettre en évidence, chez un très grand nombre d'aliénés atteints des formes les plus diverses de psychoses et de psychopathies, une série de symptômes et de syndromes, *d'ordre organique,* dont les caractères et la fréquence (nous avons pu les mettre en évidence dans plus de 83 0/0 des cas) nous ont paru particulièrement importants.

Ces troubles organiques peuvent intéresser, non seulement le névraxe tout entier, mais encore le système nerveux périphérique et sympathique, les glandes endocrines, les appareils digestif (en particulier le foie), circulatoire, respiratoire, uro-génital, etc., dont le fonctionnement est troublé, soit à la phase contemporaine des troubles mentaux, soit à une période antérieure ou postérieure à ces troubles.

Signes et syndromes organiques peuvent se manifester, en effet, — avec une variabilité et un polymorphisme habituels, entrecoupés d'éclipses très fréquentes, — non seulement à la période d'état ou à la période terminale de la psychose ou psychopathie, mais durant une *longue phase d'imprégnation neurotrope prémonitoire* (d'allure fréquemment hypochondriaque ou schizoïde) qui peut la précéder quelquefois de plusieurs années et remonter souvent jusqu'à l'enfance.

Précoces ou tardifs, ces troubles s'associent fréquemment à des *épisodes fébriles,* d'allure infectieuse, accompagnés souvent de subictère, mal déterminés au point de vue étiologique et étiquetés, en désespoir de cause : grippe, embarras gastrique fébrile, paratyphoïde, « fièvre nerveuse », etc.

Dans nombre de cas, enfin, l'étude des antécédents des malades, de leur entourage, du milieu, nous a permis de déceler

des caractères nettement *épidémiques* et *contagieux* à leur maladie, avec *réactivations souvent hivernales.*

D'autre part, — et parallèlement à ces études, — nous poursuivions des observations de malades non aliénés, atteints de ces infections par ultra-virus dits neurotropes (névraxite épidémique, encéphalo-myélites disséminées, scléroses en plaques aiguës ou chroniques, scléroses combinées avec ou sans anémie, leucoencéphalites, méningites séreuses, neuro-myélites optiques, etc.) dont on connaît l'extraordinaire fréquence depuis la guerre. Et nous remarquions, chez cette seconde catégorie de malades, les mêmes associations, successions ou combinaisons des mêmes symptômes et syndromes cliniques, affectant non seulement le système nerveux, mais nombre d'appareils de l'économie ; nous notions la même évolution chronique, serpigineuse, fréquemment coupée de rémissions ou d'intermissions, avec des signes d'infection générale et des réactions souvent fébriles ; nous observions enfin la fréquence des troubles d'ordre psychique accompagnant les perturbations organiques.

Si bien que, entre ces deux catégories de malades (les uns, d'apparence psychiatrique plus nette, les autres à caractères neurologiques prédominants, mais présentant tous deux des signes d'ordre psycho-organique et infectieux), il nous était permis, non point d'imaginer, mais de constater une longue série de cas limites ou communs, véritables *formes de passage* établissant une chaîne neuro-psychiatrique dont les anneaux extrêmes pouvaient paraître dissemblables, mais dont la matière étiologique se manifestait d'essence commune : à savoir, *l'infection diffuse de tout l'organisme par un ou plusieurs ultra-virus, surtout neurotropes, mais dont l'action pathogène pouvait se manifester, directement ou indirectement (interréactions viscérales, neuro-endocriniennes, humorales, cercles vicieux) sur tous les appareils de l'économie.*

Ainsi, *les maladies dites mentales constitueraient seulement, pour la plupart, les épisodes psychopathiques contingents de maladies infectieuses générales chroniques, dues à un ou plusieurs ultra-virus dits neurotropes, dont les localisations topographiques essentiellement variables et l'évolution serpigineuse, entrecoupée de rémissions et de réactivations, expliqueraient les manifestations psycho-organiques polymorphes et l'allure si fréquemment acyclique ou périodique.*

Dans le cadre forcément limité de cette communication, il

nous est impossible d'exposer — avec l'ampleur qu'ils nous paraissent mériter — tous les résultats ou développements dérivés de nos observations. Nous regrettons également de ne pouvoir indiquer comment nos constatations cliniques pourraient confirmer, d'un point de vue plus général, les investigations effectuées déjà avec tant de fruits, dans le domaine organique de la psychiatrie, par Anglade, H. Claude et Baruk, Euzière, G. de Clérambault, Dide, Guiraud, Laignel-Lavastine, Marchand, Ombredanne, Pascal, Santenoise, Targowla, Tinel, Toulouse, Schiff et Courtois, et tant d'autres chercheurs que nous nous excusons de ne pouvoir citer aujourd'hui. Nous ajouterons seulement que cette notion étiologique des infections chroniques par ultra-virus neurotropes, appliquée à la psychiatrie, nous semble projeter une lumière tout à fait nouvelle sur bien des points obscurs de notre spécialité, et que — tant au point de vue heuristique qu'au point de vue médical et pratique, — elle nous paraît offrir une base organique extrêmement féconde pour toute une série de recherches scientifiques et de déductions pratiques et thérapeutiques. Elle nous permet, entre autres, de comprendre l'extraordinaire polymorphisme et les nombreuses variations, d'ordre à la fois psychologique et organique, que présentent nos malades, quand on veut bien consentir à les observer avec attention et continuité. Elle nous éclaire sur le mécanisme des rémissions et des intermissions, dont la *périodicité n'est souvent que réactivations.* Souvent latente ou inapparente après une phase d'imprégnation parfois inaperçue, l'infection, par un ou plusieurs ultra-virus dits neurotropes, peut en effet se réactiver — à l'exemple de ce que l'on observe dans l'encéphalite dite épidémique, — dix ans, quinze ans après le début de l'infection ; et ces réactivations se produisent à la faveur de défaillances organiques, soit physiologiques (puberté, puerpéralité, ménopause, sénilité), soit traumatiques (accidents, opérations), soit toxi-infectieuses banales (alcoolisme, syphilis, tuberculose, etc.). Nous estimons, en effet, que cette étiologie particulière — qui peut, certes, être associée à d'autres toxi-infections, nous l'admettons très volontiers, — paraît conditionner au premier chef non seulement le déterminisme des psychoses proprement dites (hébéphrénie, psychoses hallucinatoires, états périodiques, etc.), mais encore celui de nombre de psychopathies (paralysie générale, psychopathies post-éthyliques, post-puerpérales, post-typhoïdiques, post-érysipélateu-

ses, etc.) par un mécanisme analogue, dans ces derniers cas, à celui des virus de sortie des encéphalites dites vaccinales, varicelliques, morbilleuses, etc. Enfin, nous avons remarqué que nos malades avaient bien souvent bénéficié d'une thérapeutique anti-infectieuse et analeptique systématiquement persévérante et que nous estimons devoir être longuement poursuivie, même pendant les rémissions et les intermissions. A maladie chronique, thérapeutique chronique : cette règle nous paraît applicable à ces infections, tout à fait comparables, par leur évolution, à la syphilis ou à la tuberculose. Ainsi, nous avons eu la chance d'aboutir à des guérisons jugées d'abord inespérées, d'arrêter l'évolution de processus d'allure dissociative ou, — à l'exemple des résultats obtenus par les thérapeutiques actuelles de la paralysie générale, — d'obtenir des régressions ou des transformations de processus hébéphréniques en psychoses moins graves compatibles avec la vie sociale : résultats qui, remarquons-le pour terminer, du point de vue nosographique, démontrent bien le caractère artificiel et fallacieux du dogme classique de la spécificité psychologique et évolutive arbitrairement assignée à chaque psychose.

Recherches expérimentales sur la démence précoce Inoculations au cobaye et au pigeon

Communication préliminaire

par MM. F. d'Hollander et Ch. Rouvroy (de Louvain)

Dans cette note, nous ne parlerons pas — et nous nous en excusons auprès des auteurs — de la bibliographie relative aux causes et aux lésions de la démence précoce. Il existe d'excellentes revues générales, qui renseignent amplement sur ces questions ; quand le moment sera venu, nous contrôlerons nos données avec les faits et les opinions des autres auteurs ; en ce moment, nous n'avons en vue que la présentation objective de nos propres recherches.

Le début de nos recherches remonte au 2 février 1930. C'est la carence concernant l'étiologie de la démence précoce, et son allure souvent infectieuse au début de son installation, et surtout les lésions de méningo-encéphalite chronique que nous avons trouvées constantes dans 9 cas sur neuf cas examinés (1), qui nous ont engagés à tenter des inoculations à l'animal.

Depuis notre première communication (2), nous avons continué nos expériences ; c'est le résumé de leur ensemble, que nous désirons vous présenter.

Après quelques tâtonnements d'abord sur le pigeon, puis sur le cobaye, nous avons enregistré rapidement des résultats encourageants. Le liquide céphalo-rachidien, recueilli aseptiquement dans une seringue stérilisée au préalable, est injecté immédiatement (en général 5 à 6 cm^3) à des cobayes adultes;

---

(1) Septembre 1929 et Septembre 1930, *Bulletin Académie Royale de Médecine.*

(2) 28 mai 1932, *Soc. Belge de Biologie* ; et juin 1932, *Soc. Belge de Neurologie.*

au début, nous empruntions la voie intrapéritonéale ; en ce moment, nous injectons par la voie sous-cutanée.

Pour ne pas nous égarer, nous avons limité nos essais — parfois répétés — sur un lot de 12 malades de notre Institut, toutes démences précoces classiques, au diagnostic confirmé par une observation détaillée et prolongée ; leur histoire clinique sera publiée plus tard.

Le nombre des cobayes qui ont été inoculés, à ce jour, se monte à 73. De ce nombre, nous devons écarter : 5 cobayes pour essais préliminaires, 8 cobayes inoculés avec du matériel de tuberculose cérébrale classique, à titre comparatif ; 15 cobayes qui ne permettent pas de conclusions soit par mort spontanée de l'animal, ou par survie prolongée, et impossibilité de nouvelles inoculations, et 4 cobayes encore en observation (8[e] passage).

Nous retenons ainsi comme valables, 41 cobayes ; tous ces cobayes, sauf deux, sont restés en vie ; ils ont été sacrifiés après des délais, variant de semaines à des mois ; nous possédons les protocoles de leur autopsie ; pour 22 d'entre eux, nous connaissons les lésions de leurs organes, étudiées au microscope par les méthodes histopathologiques courantes. Voici comment se répartissent les lésions macroscopiques et microscopiques de ces 41 cobayes, selon les malades dont ils relèvent.

1[er] malade : Un cobaye ; hypertrophie de ganglions, certains sont caséeux. Dans le poumon, des grains jaunes ; dans le foie et la rate plusieurs petits abcès. Alvéolite exsudative dans le poumon, et nodule folliculaire ; follicules typiques dans le foie ; une foule de cellules épithélioïdes. Ces lésions sont identiques à celles de la tuberculose expérimentale classique (Besançon et Delarue).

2[e] malade : Deux cobayes inoculés en série. Hypertrophie de ganglions ; rein atrophié. Le 1[er] cobaye : alvéolite exsudative du poumon, nodules lymphoïdes, nodules d'alvéolite à cellules géantes ; un 2[e] cobaye (passage) : lésions du foie (taches blanches), ganglions hypertrophiés ; un nodule mésentérique à structure folliculaire avec cellules épithélioïdes et nombreuses cellules géantes. Un frottis de ganglion coloré au Ziehl, montre quatre bâtonnets acido-résistants.

3[e] malade : Cinq cobayes inoculés en série, avec du sang. Lésions du foie, de la rate ; nodules mésentériques. Au 3[e] passage,

alvéolite exsudative dans le poumon avec cellules épithélioïdes et cellules géantes ; au 5e passage, une induration ulcérée dans le flanc, qui a fondu par la suite. En outre, six cobayes inoculés en série avec du liquide ; ganglions hypertrophiés ; lésions des poumons, foie, rate, reins ; au 5e passage, dans l'aine, une collection de caseum, grande comme une pièce de deux francs ; au 6e passage, une poche de caseum à l'endroit de l'injection ; au 7e passage, la rate est hypertrophiée du tiers de son volume. Au 1er passage dans le poumon alvéolite exsudative avec belles plasmodies intra-alvéolaires ; nodules lymphoïdes ; dans le foie, quelques foyers d'infiltration et une hémorragie. Au 2e passage : forte alvéolite exsudative dans le poumon, avec nombreux nodules lymphoïdes ; dans le rein, petits foyers d'infiltration.

4e malade : Un cobaye, mort spontanément après 70 jours. Un ulcère dans l'aisselle, avec trois ganglions gros et durs ; la rate fort hypertrophiée, à surface marronnée, contient de nombreux follicules à caseum, cellules épithélioïdes, cellules géantes et nombre de bacilles de Koch dans le caseum et dans les cellules géantes. Sur frottis de ganglion au Ziehl, on trouve une centaine de bacilles de Koch.

5e malade : Un pigeon. Dans le foie, nodules lymphocytaires et épithélioïdes ; dans la rate, amas épithélioïdes et gigantocellulaires. Un autre pigeon inoculé avec malade n° 2, donne des lésions du foie.

6e malade : Deux séries de 7 cobayes jusqu'au 7e passage. Hypertrophie de ganglions, un caséeux au 2e passage. Au 3e passage, à l'endroit de l'injection, une boule caséeuse, dont le frottis montre un bacille de Koch. Lésions des poumons, foie, rate constantes dans la double série de passages. Au 6e passage : une plaque caséeuse dans la paroi abdominale ; lésions des poumons ; énormes lésions, sous forme de plaques, de points, de larges adhérences du foie, de la rate, des reins, des poumons, de l'épiploon ; c'est un vrai farcissement du foie et de la rate ; la rate est fortement hypertrophiée.

Au 7e passage, chez les deux cobayes, les mêmes lésions, moins intenses cependant, la rate est doublée de volume, couverte d'innombrables points blancs saillants, et d'une plaque grise et dure.

Les lésions microscopiques se maintiennent constantes dans le poumon et la rate jusqu'au 7e passage examiné. Elles sont les plus typiques dans le poumon ; c'est toujours l'alvéolite exsudative, soit diffuse, soit par plaques localisées, soit sous forme de nodules exsudatifs (Besançon), avec de jeunes cellules géantes intra-alvéolaires ; quelques nodules sont sclérosés ; on trouve

parfois un grand nodule épithélioïde ; ensuite ce sont des nodules lymphoïdes en quantité et en grandeur variables ; au 5e passage, se trouve un nodule exsudatif, à centre épithélioïde et partiellement nécrosé, entouré d'une couronne de cellules lymphoïdes. Dans la rate se trouve, d'une manière constante, une inflammation grave avec fonte macrophagique ; certains follicules de Malpighi ont leur centre en activité, et même dégénéré; une fois de la nécrose diffuse. Dans le foie, lésion discrètes et pas constantes : infiltrations et un nodule épithélioïde nécrosé au centre. Un pancréas contient de gros nodules lymphoïdes.

Aux 6e et 7e passages, les lésions sont des plus suggestives. Les poumons montrent toujours les mêmes altérations plus ou moins intenses : alvéolite exsudative avec nodules lymphoïdes. La rate est gravement enflammée, ses follicules de Malpighi montrent des centres épithélisés. Le foie et le rein ont des infiltrations, des hémorragies discrètes, parfois un nodule lymphoïde. Les ganglions ont des centres épithélisés ; deux ganglions sont farcis d'innombrables cellules géantes ; on y trouve aussi un nodule épithélioïde.

Le foie, la rate le pancréas, l'épiploon et le péritoine en général montrent des traînées de tissu embryonnaire qui engendrent des adhérences et des nodosités ; ces lésions de péritonite généralisée sont constituées par un tissu de granulation jeune à grands mononucléaires clairs, de riches infiltrations lymphoïdes et aussi une quantité inusitée de cellules géantes.

Ces lésions de péritonite à cellules géantes se révèlent comme constantes chez les 4 cobayes de ces deux derniers passages.

7e malade : Sept cobayes en série. Hypertrophie de ganglions. A travers les passages, lésions dans les poumons, foie, rate, même les reins. Au 6e passage, grains jaunes dans le muscle à l'endroit injecté ; granulations grises et grosseur fibreuse comme une noisette dans le poumon.

Au 7e passage, lésions énormes du foie, de la rate et du péritoine. Le foie est couvert de plaques surélevées, blanches, pédiculées parfois ; le péritoine semé de nodules blancs, l'épiploon est nodulaire, le mésentère également. La rate grossie de plus d'un tiers de son volume, à la surface nodulaire, et semée de plaques blanches et d'adhérences grossières. L'étude microscopique de ces passages est en cours encore.

8e malade : Trois cobayes ; l'un est négatif ; les deux autres donnent de petits ganglions et des nodules dans l'épiploon ; la nature de ce cas reste incertaine jusqu'à plus ample expérimentation.

Les cas 9 et 12, nous les considérons comme négatifs, quoique le nombre des inoculations fut insuffisant, pour oser en tirer des conclusions fermes.

En résumé, sur nos 12 malades, nous trouvons un cas douteux, 4 cas que nous considérons comme négatifs jusqu'à plus ample expérience, et 7 cas que nous considérons comme positifs.

Positifs, en ce sens qu'ils donnent chez le cobaye — et même chez le pigeon — des lésions constantes dans le poumon, dans la rate, fréquentes dans le foie, les reins et le péritoine.

Voilà un premier fait qui ressort de nos essais.

Une seconde constatation, c'est que ces lésions sont inoculables en série jusqu'au 7e passage chez le cobaye. Le grand nombre des cobayes qui ont réagi à l'inoculation, le pourcentage élevé (7/12) de malades qui ont fourni ces résultats positifs, ensuite, les inoculations que nous avons pratiquées, en doubles séries, sont des conditions d'expérience qui nous mettent suffisamment à l'abri du hasard des coïncidences.

Voyons maintenant quelle est la nature des lésions que nous avons provoquées chez le cobaye.

Le cas n° 4 ne prête point au doute ; ses lésions histologiques sont typiques, ce sont celles de la tuberculose expérimentale du cobaye ; la présence de bacilles de Koch dans les tissus et sur les frottis en fournit la confirmation.

Dans le cas n° 2, encore des lésions telles que les auteurs classiques décrivent dans la tuberculose ; pas de bacilles dans les tissus ; mais quatre bâtonnets acido-résistants dans un frottis de ganglion.

Le cas n° 6, dont l'étude histologique, en double série, a été poussée jusqu'au 7e passage, ne nous a donné qu'un seul bacille de Koch — mais certain — dans un frottis. Mais les lésions histologiques sont analogues à celles de la tuberculose expérimentale.

Dans les autres cas qui nous ont donné des résultats positifs, lésions typiques, mais pas de bacilles à trouver, malgré nos recherches les plus minutieuses, ni dans les frottis, ni dans les coupes. Par analogie avec les cas n° 2, n° 4, et n° 6, nous croyons pouvoir dire que ces lésions sont également d'origine tuberculeuse.

La question des relations étiologiques entre la tuberculose et la démence précoce est un de ces problèmes anciens, fréquemment posé mais jamais résolu. Dans ces derniers temps, il a surgi à nouveau avec les nouvelles conceptions sur le virus

de la tuberculose. Le professeur Lœwenstein, de Vienne, bien connu pour ses recherches sur la présence du bacille de Koch dans le sang de plusieurs maladies, a trouvé le bacille de Koch dans le sang de plusieurs déments précoces.

Grâce à l'aimable entremise de notre illustre collègue, J. Bordet, Lœwenstein voulut bien rechercher le bacille de Koch dans le sang de quelques déments précoces de mon Institut. Il a examiné le sang de 30 de mes malades ; tous cas avérés de démence précoce, dont j'ai suivi moi-même en grande partie l'évolution ; il a trouvé le bacille de Koch dans le sang de 10 malades.

Trois des cultures de Lœwenstein, que celui-ci me fit gracieusement parvenir, en ce moment sont contrôlées à Louvain, avec la savante collaboration de mon ami le professeur Bruynoghe. Les premiers résultats établissent que les bacilles isolés du sang de mes malades, sont bien des bacilles de Koch. Evidemment, la présence du bacille de Koch dans le sang d'un dément précoce ne prouve pas que l'affection mentale de celui-ci est d'origine tuberculeuse. Néanmoins, les résultats de Lœwenstein joints à ceux que nous avons trouvés nous-mêmes par les injections de liquide céphalo-rachidien, nous montrent que le problème des rapports de la tuberculose avec la démence précoce se précise avec une netteté impressionnante.

Il va sans dire que nos essais ne sont pas assez nombreux pour résoudre d'une manière générale l'étiologie de la démence précoce. Ils permettent cependant d'affirmer que, parmi les « démences précoces », il en est qui sont d'origine tuberculeuse. L'avenir nous apprendra dans quelle proportion se présentent ces cas tuberculeux, et de la sorte, dans quelle mesure la « démence précoce », cette maladie mentale à l'appellation fallacieuse et à l'étiologie mystérieuse, pourra être dénommée la psycho-bacillose.

M. D. Anglade (de Bordeaux). — La communication de M. d'Hollander marquera certainement une date dans l'histoire de la démence précoce. L'intervention de la tuberculose dans l'étiologie de cette affection est depuis longtemps soupçonnée ; la question entre maintenant dans une phase expérimentale. Et l'expérimentation entre les mains de M. D'Hollander a déjà donné, à tout le moins, des résultats qui nous invitent formellement à la continuer. Il est d'ores et déjà

établi que l'inoculation aux animaux de liquide céphalo-rachidien en provenance de sujets notoirement atteints de démence précoce, donne comme résultats la réalisation dans les viscères des sujets inoculés de lésions histologiquement comparables à celle de la tuberculose expérimentale. Le bacille de Koch n'y a pas été souvent découvert, ce qui ne prouve qu'il y est absent, et, d'autre part, on sait que la présence du bacille n'est pas toujours vérifiée dans les tuberculoses expérimentales produites au moyen de produits fortement bacillaires. De toute manière, et sans préjuger sur les résultats des recherches de contrôle qui s'effectueront dans ce sens, il me semble que la communication de M. d'Hollander atteste la tendance à ne plus se cantonner exclusivement dans le domaine psychologique pour éclairer l'étiologie de la démence précoce. A côté de ces recherches, il y a place, et une grande place selon moi, pour les investigations d'ordre biologique et anatomo-pathologique. Pour ma part j'ai fait cette constatation que les déments précoces, ayant succombé dans un grand service pendant une période de 20 années, présentaient des lésions tuberculeuses dans une forte proportion que je ne peux préciser n'ayant pas les chiffres sous les yeux. Et ce qui est certain c'est que la moitié de ces déments précoces a succombé en moins de 10 ans à la tuberculose pulmonaire.

M. van der Scheer (de Groningen). — Les recherches de M. le docteur d'Hollander me semblent très importantes, mais je voudrais demander, si les malades atteints de démence précoce n'étaient pas tuberculeux, parce que la tuberculose est la maladie la plus fréquente chez le dément précoce, sans que nous puissions parler d'étiologie tuberculeuse de la démence précoce.

Pour ma part je crois que la tuberculose chez les déments précoces est une chose hygiénique. Je voudrais signaler que grâce à la thérapeutique par le travail, la tuberculose a beaucoup diminué, dans nos asiles hollandais, chez les déments précoces.

M. d'Hollander. — L'intervention de mon excellent ami Anglade m'est particulièrement précieuse. En abordant le problème étiologique de la démence précoce, du point de vue biologique, en y apportant les données expérimentales recueillies avec les méthodes biologiques, mon intention n'est pas de

faire fi dans la morphogénie mentale de la démence précoce de tous les facteurs étiologiques autres que le facteur infectieux, tels que intoxications, émotions, traumatismes et autres. Pas plus que le tréponème ne suffit à expliquer la forme mentale de la paralysie générale, nous concevons l'infection tuberculeuse des centres nerveux, comme une base pathologique sur laquelle viennent agir toutes sortes de facteurs psychologiques et physiologiques pour constituer la démence précoce.

A mon ami van der Scheer, je dirai que mes malades n'étaient pas porteurs de tuberculose cliniquement apparente ni de tuberculose des centres nerveux.

Mais mettons les choses au pire. Admettons un instant que mes malades soient atteints de tuberculose interne latente; peut-on concevoir biologiquement et cliniquement que le virus tuberculeux, que je démontre exister dans leur liquide — je ne dis pas dans leur sang — soit là un épiphénomène banal, sans importance dans la constitution de leur maladie mentale. Et j'ajoute : ne peut-on émettre l'hypothèse que les lésions de méningo-encéphalite chronique sont produites par ce virus qui chemine dans le liquide céphalo-rachidien ?

Complexe et délire

par M. Aug. Ley (de Bruxelles)

Ayant eu l'occasion depuis 1910 déjà, de lire dans l'original les œuvres de Freud publiées à cette époque, et d'examiner à la façon dont il le préconise bon nombre de malades, j'ai continué à me préoccuper de ses théories. On ne peut leur contester le mérite de l'originalité, mais on y est frappé par le mélange curieux de romantisme psychiatrique et d'affirmations doctrinales matérialistes, exposés en une dialectique étonnante et dégageant un redoutable pouvoir de suggestion. Sa méthode est évidemment à l'opposé de toute méthode scientifique et bafoue Descartes comme Claude Bernard, en un incroyable amas d'hypothèses invérifiables, d'idées *a priori* et d'affirmations dogmatiques.

Les deux cas brièvement relatés ici démontrent que certains complexes, d'allure freudienne, se ramènent sans difficulté aux manifestations délirantes banales et ne comportent aucune intervention compliquée de légendes mythologiques.

I. Robert, 30 ans, fait au cours d'une crise mentale hypomaniaque qui nécessite un mois d'éloignement de sa famille une vive agitation accompagnée de certaines idées de culpabilité d'un caractère spécial. Ayant eu une liaison avec une femme, de 15 ans plus âgée que lui et qui avait des yeux bleus, il s'imagine avoir couché avec sa mère. Celle-ci avait aussi les yeux bleus. L'idée délirante s'atténue progressivement pour réapparaître avec moins d'intensité lors d'une crise ultérieure. Une psychanalyse « suggestive » eût probablement démontré à ce sujet l'importance de ce « complexe » dans sa mentalité, mais Robert n'avait reçu aucune éducation psychanalytique, aussi l'idée délirante passagère nous est-elle apparue comme conditionnée par la « fausse reconnaissance » et la fausse réminiscence, si connus chez les maniaques, par le jeu morbide des associations et la concentration de l'attention sur un détail physionomique.

II. Denise, 32 ans, est depuis l'enfance une déprimée constitutionnelle avec de tout temps un sentiment d'infériorité, elle ne se croit pas comme les autres, présente des idées habituelles de suicide, souffre de céphalalgies, de fatigue chronique, d'insomnie et de constipation. Ce dernier point attire son attention surtout vers l'âge de 21 ans après qu'un médecin lui a demandé d'un air qu'elle a jugé grave, si la constipation durait depuis longtemps, et aussi après la lecture d'une brochure de vulgarisation décrivant les troubles qu'elle ressent comme une suite de la constipation chronique. Une lumière se fait en elle à ce moment, avec le caractère de certitude immédiate. Elle comprend brusquement le motif de ses maux et rend sa mère, qui n'a pas surveillé la régularité de ses selles durant l'enfance, responsable de toute sa maladie. Depuis lors, haine féroce, injures à sa mère qu'elle dénomme « mon bourreau », à qui elle ne parle plus et dont elle dit en m'écrivant « mon frère est allé avec *sa* mère à la campagne ». La haine délirante va jusqu'à menacer la « criminelle » et à vouloir « faire justice » elle-même. Des précautions ont dû être prises. Cette jeune fille a peu connu son père, mort lorsqu'elle avait 5 ans d'une affection aiguë et n'a qu'un frère avec qui elle s'entend bien tant qu'il ne contredit pas son délire.

L'analyse de ces deux cas m'avait paru intéressante et importante. Je croyais tenir enfin deux malades typiques chez lesquels j'allais trouver tous les développements de la psychopathologie freudienne. A ce point de vue ce fut une déception. Examinés dans des interrogatoires prolongés, ainsi que par les méthodes des associations provoquées ou de l'évocation libre des idées, ces deux sujets ne m'ont rien fourni qui vînt confirmer chez eux l'existence et le dynamisme psychologique des complexes mythologiques habituellement décrits dans la littérature psychanalytique.

Chez Robert, notamment, aucun indice ne s'est montré d'une hostilité quelconque pour son père avec qui il vit en parfaite intelligence, affection et respect.

Chez Denise, le symptôme constipation s'est brusquement révélé, par les mécanismes psychologiques connus chez les interprétateurs délirants, comme le foyer de concentration de son aperception interne. Rien ne s'est montré de la conception freudienne qui considère la constipation habituelle comme une habitude inconsciente prise en vertu d'une excitation

agréable provoquée dans la zone anale selon les lois de l'érotisme anal, par la rétention des matières fécales.

On voit cependant quel champ merveilleux devait s'ouvrir aux imaginations psychanalytiques devant ce jeune homme tourmenté par l'idée du crime œdipien et cette jeune fille qui associe l'idée de constipation à la haine pour sa mère.

Mais Denise pas plus que Robert n'ont lu, à l'exemple de trop de *college girls* américaines, de brochures de vulgarisation sur la psychanalyse et ils ignorent l'existence du complexe œdipien et de l'érotisme sadique-anal. D'où leur non-conformité aux données psychanalytiques.

Si je vous ai rapporté ces cas l'un de fausse reconnaissance et de fausse réminiscence au cours d'un état hypomaniaque, l'autre de *délire d'interprétation* survenant, sous l'influence et par le mécanisme d'une intuition morbide, c'est pour vous rappeler combien il est nécessaire, en présence des extraordinaires publications de l'école psychanalytique, de nous maintenir solidement dans les traditions de *méthode* que nous a léguées la clinique psychiatrique française. Il est à noter d'ailleurs que bon nombre de cliniciens d'origine germanique, notamment feu Kræpelin et plus récemment O. Bumke (1) et Aschaffenburg (2) ont vivement réagi contre la psychanalyse.

En lisant les travaux multiples des psychanalystes on serait parfois tenté de donner à ces conceptions plus d'attention qu'il convient. Aussi est-ce l'avantage de nos Congrès, de nous maintenir dans les voies saines de l'étude clinique objective, base fondamentale des généralisations psychiatriques.

Il est certain que des sessions comme celles-ci, où nous avons entendu Delmas nous parler de ses conceptions cliniques et Moreau nous rappeler le penser anatomique, où des communications d'ordre biologique et physiologiques nous ont été faites, constitue une excellente sauvegarde contre les hypothèses invérifiables et les conceptions imaginatives.

---

(1) O. Bumke. — *Die Psychoanalyse. Eine Kritik.* Berlin, Springer, 1931.
(2) Aschaffenbrung. — Gegen Psychoanalyse. *Süddeutsche Monatshefte*, August 1931.

Les psychoses paranoïdes

par M. PRIVAT DE FORTUNIÉ

A l'époque où Kræpelin créait ses premières synthèses nosographiques, les psychoses paranoïdes, étendues jusqu'au point d'englober le délire chronique de Magnan, étaient envisagées comme l'une des trois formes de la démence précoce. Depuis, cette opinion a été critiquée, et, semble-t-il, généralement abandonnée pour rapprocher seulement les psychoses paranoïdes et le délire hallucinatoire systématisé, réduisant ainsi la démence précoce à l'hébéphréno-catatonie. Dès 1904, Masselon fait remarquer que les délires hallucinatoires de systématisation variable évoluant vers la démence ont un aspect clinique différent de celui de la démence précoce. En juin 1911, Kræpelin, jugeant lui-même cette séparation nécessaire, jette la base du groupe des paraphrénies dont il donne une description détaillée dans la 8e édition de son traité parue en 1913.

Examiner sommairement les caractères propres des psychoses paranoïdes, en les comparant à ceux de la démence précoce et des délires hallucinatoires systématisés, tel est le but de cette communication.

D'une part, nous voyons les sujets atteints de psychose paranoïde finir par un état presque démentiel assez analogue à celui des schizophrènes, et cela très souvent sous l'influence de causes physiques venant s'ajouter à la constitution schizoïde.

D'autre part, l'âge d'apparition de la maladie, la longue persistance du délire et des troubles psycho-sensoriels rapprochent les psychoses paranoïdes des psychoses hallucinatoires systématisées, mais, par ailleurs, existent de très nombreuses différences, dont la plupart sont indiquées par M. Magnan, qui rapporte des observations typiques de psychose paranoïde parmi ses délires sytématisés des dégénérés qu'il oppose au délire chronique.

Cette psychose, dit M. Magnan, éclate à l'âge adulte au moment où la synthèse des fonctions psychiques est la plus

parfaite chez des sujets jusque là bien équilibrés. L'éveil d'un état affectif douloureux en rapport avec la somme d'émotions, d'épreuves morales que soulèvent chaque jour les heurts de la vie, suscite chez le futur délirant chronique l'idée d'une persécution possible, mais entre l'idée de persécution qui se développe et les réducteurs de cette idée, s'engage une lutte constante, telle que pour aller de la tension inquiète de l'esprit à l'hallucination, il faudra des années pendant lesquelles le sujet ne présentera que des interprétations et des illusions, et il faudra des années encore pour que le champ de la conscience se rétrécisse et se fractionne en même temps que se compliplîquent les troubles sensoriels et sensitifs. L'écho de la pensée, le dialogue, marquent le début de cette dissolution de la personnalité, l'invasion de la conscience par des faisceaux de sensations insolites (troubles de la sensibilité générale), brisent plus sûrement encore l'unité du moi.

Au contraire, chez le dégénéré, futur délirant paranoïde, en vertu de sa déséquilibration mentale ou de la faiblesse congénitale de ses associations, tout état affectif ou intellectuel devient facilement le point de départ d'idées fausses et d'hallucinations qui, non contrariées dans leur expansion, non réduites à l'état d'images internes, atteignent en peu de temps une extrême complexité. « En quelques semaines, en quelques mois, dit M. Magnan, monologue, dialogue, écho de la pensée, etc..., tous ces stades que le délirant chronique met des années à parcourir, seront franchis... Des hallucinations psycho-motrices peuvent de même éclater dès les premiers temps de la psychose, avant tout phénomène auditif, et produire rapidement des troubles de la personnalité que les hallucinations de la sensibilité générale, également précoces, ne feront qu'accentuer. » Dans un grand nombre de cas, ajoute M. Magnan, l'hallucination n'est manifestement que l'extériorisation d'un état intellectuel antérieur ; elle se produit suivant le mécanisme qui l'a fait apparaître dans le délire chronique, c'est-à-dire qu'elle est secondaire. Quelquefois, la succession des phénomènes est inverse ; isolement du centre auditif fonctionnant d'emblée d'une façon automatique, fait primitif ; délire, fait secondaire.

Du parallèle établi par M. Magnan, il ressort que la psychose paranoïde est un délire hallucinatoire chronique qui brûle les étapes. Pour compléter ce tableau tracé de main de maître, il nous suffira de mettre en relief certains points.

Chez le futur délirant systématique se rencontrent deux tendances antagonistes. D'une part, comme l'a signalé le premier J. Falret, il existe en pareil cas une constitution mentale spéciale, se révélant dès le jeune âge par un caractère sombre, méfiant, orgueilleux, égocentrique. D'autre part, le psychisme actif dû aux facultés d'attention, de réflexion, de raisonnement, constituant le contrôle cérébral, est primitivement intact, voire même particulièrement développé. Par la mise en jeu de ces deux éléments : tendance paranoïaque et dynamisme des processus réducteurs s'exerçant sur les données fournies par le monde extérieur, quand le premier l'emporte, le délire s'élabore lentement, jusqu'au jour où l'idée fausse devient tellement puissante, s'impose avec tant d'éclat, qu'elle prend possession de l'esprit, supprime elle-même le contrôle et devient image.

Chez le futur délirant paranoïde, la tendance du sujet au repliement sur lui-même pouvant aller jusqu'à la perte du contact vital avec la réalité, phénomène désigné sous le nom d'autisme, se traduira par la mise en jeu du psychisme passif dû aux facultés d'imagination travaillant spontanément, automatiquement. L'absence de contrôle en pareille circonstance aura pour effet l'apparition rapide d'un délire alimenté par les impressions internes anormalement éveillées et les images purement subjectives créées par la folle du logis. Dans ce cas, la tendance paranoïaque ne joue plus qu'un rôle secondaire et peut même faire complètement défaut, l'élément principal étant alors représenté par la constitution schizoïde du sujet. Ce sont là certes des conditions analogues à celles qui président au dévelopement de la démence précoce et l'on comprend que Kræpelin, après avoir créé le groupe des paraphrénies, se soit demandé si la séparation d'avec la démence précoce est absolument justifiée. De fait, quand il s'agit de sujets jeunes, chez lesquels la synthèse mentale est imparfaite encore ou manque de stabilité, il n'est pas rare de voir un épisode paranoïde aboutir rapidement à un affaiblissement mental de tous points semblable à celui de la démence précoce. Aux deux périodes extrêmes de l'évolution psychique l'âge joue dans la genèse des états démentiels un rôle certain qu'on a peut-être eu tort d'exagérer pour la démence sénile et de sous-estimer pour l'hébéphrénie. Nous venons de citer la constitution schizoïde comme un terrain préparatoire de la psychose paranoïde, mais en plus de cette prédisposition interviennent généralement d'autres facteurs, parmi lesquels se placent les chocs et

conflits affectifs dont le Professeur Freud et ses disciples ont eu le mérite de montrer le rôle psychogène, principalement chez la femme. Non moins importants sont les facteurs toxi-infectieux, dont le plus fréquent paraît être la tuberculose, cette dernière jouant, comme l'indique M. Donaggio, un rôle prééminent dans la production de la désagrégation psychique et de l'automatisme pathologique. A la suite de l'alcoolisme, on a vu survenir chez des sujets relativement jeunes, des psychoses hallucinatoires à cachet démentiel, rappelant celui décrit comme forme paranoïde de la démence précoce. On rencontre de véritables tableaux paranoïdes chez des sujets atteints de de syphilis héréditaire ou acquise. Dans tous les cas que nous avons observés existait une association de plusieurs facteurs pychopathiques permettant difficilement de reconnaître lequel avait joué le rôle le plus important. Dans certains cas, la psychose paranoïde succède à un accès confusionnel toxi-infectieux. C'est ainsi que chez deux de nos malades, la psychose paranoïde s'est installée après une phase de confusion mentale hallucinatoire, dans le premier cas d'origine puerpérale, dans le second cas provoquée par une atteinte grippale avec fièvre et symptômes généraux graves au moment de l'entrée. Chez deux autres malades, qui déjà présentaient à l'état fruste des idées d'influence, l'apparition d'un accès confusionnel ayant motivé l'internement, a fixé définitivement l'évolution de la psychose. Ainsi, tandis que le délire hallucinatoire systématisé se révèle surtout comme une psychose endogène, la psychose paranoïde se constitue parfois sous l'influence de causes exogènes.

De leur origine spéciale découlent, pour le délire hallucinatoire systématisé chronique et pour la psychose paranoïde une symptomatologie et une évolution différentes.

Dans le premier cas, les hallucinations ont tout d'abord un caractère externe. Comme le dit M. Magnan, le centre auditif cortical devient plus excitable à mesure que progresse l'affection, il s'empare alors de tous les bruits extérieurs et les rejette aussitôt à l'état d'images tonales, qui empruntent au délire naissant leur caractère injurieux. Les bruits rythmés ou continus, le tic-tac de la pendule, les battements du cœur, le bruit des roues des wagons scandent des phrases agressives ou moqueuses. Dans son rapport au Congrès de Nancy, M. Séglas a parfaitement déterminé toutes les circonstances dans lesquelles les hallucinations auditives apparaissent, soit directe-

ment à la suite d'une excitation objective ou subjective de l'ouïe, soit indirectement et de façon réflexe, à la suite de l'excitation d'un autre sens. L'adjonction d'un apport sensoriel à l'apport psychique paraît ici la condition tout au moins primitivement nécessaire au développement de l'hallucination que M. Séglas considère comme une forme pathologique de la perception et que M. Magnan qualifie de perception illusoire.

Dans le second cas, au contraire, l'hallucination a un point de départ purement subjectif et interne. Naissant à la faveur d'un état de désagrégation psychique, par la mise en jeu de l'imagination non contrôlée jointe à l'avivement des sensations internes, elle revêt d'emblée la forme d'hallucinations psychiques, psycho-motrices et cœnesthésiques, parmi lesquelles les hallucinations génitales chez la femme occupent une place très importante. Sa précocité, ici caractéristique, a permis de soutenir la précession habituelle des hallucinations par rapport au délire, comme l'intervention fréquente, en pareil cas, d'un facteur toxi-infectieux vient à l'appui de l'origine organique des hallucinations. Dans deux cas, cependant, où nous avons assisté au début du processus psychopathique, non préparé par une cause psychique, nous avons pu constater que l'hallucination survenue en apparence soudainement avait été précédée d'un trouble de la synthèse mentale provoqué chez la première malade par un choc affectif en rapport avec les incidents d'une première liaison, et chez la seconde malade, par des obsessions relatives à certaines particularités de sa démarche, lui faisant craindre d'être pour ce fait un objet de moquerie à un âge où le mariage qui tarde devient une préoccupation. Ainsi, tandis que dans le délire systématisé, l'hallucination développée suivant un processus interprétatif apparaît comme la répercussion de la pensée même du malade, comme un reflet de son psychisme conscient, dans la psychose paranoïde, l'hallucination développée suivant un processus imaginatif traduit le plus souvent la pensée subconsciente du sujet considérée pour cela même comme étrangère. Si bien qu'à tout prendre, la première de ces psychoses nous paraît s'apparenter de très près avec le délire d'interprétation, d'ailleurs extrêmement rare à l'état pur, la seconde, au contraire, se rapprocher beaucoup de la schizophrénie avec affaiblissement mental secondaire, moins marqué chez les paranoïdes, en raison du début plus tardif de la maladie.

Le délire présente aussi des caractères propres, suivant qu'il

s'agit de l'une ou l'autre forme nosographique. Dans la psychose hallucinatoire systématisée, les conceptions délirantes se réfèrent à une atteinte, d'abord à la réputation et aux biens du malade, puis à sa personne physique par extension, et en concordance avec le développement des troubles de la sensibilité surtout périphérique, finalement à sa personnalité, quand la désagrégation psychique apparaît. Dans la psychose paranoïde, par suite de la désagrégation psychique initiale, le délire se manifeste tout d'abord par des idées d'influence, d'emprise et de transformation prenant souvent un caractère cœnesthopathique en rapport avec les hallucinations de la sensibilité interne également précoces. Ces troubles de la cœnesthésie sont cependant moins accusés que dans les délires de possession à teinte mystique, dont M. Séglas a fait un étude approfondie, délires qui, tout au moins pratiquement, doivent être différenciés de la psychose paranoïde caractérisée par la prédominance des hallucinations psychiques et des constructions imaginatives. En effet, et cette particularité constitue, avec l'intervention des chocs affectifs et des facteurs toxi-infectieux, les deux points sur lesquels nous voudrions insister, dans la psychose paranoïde la prédominance du psychisme passif donne naissance à ces délires imaginatifs de grandeur durables, chroniques, fantasques, à thème rétrospectif indéfini, relatif à des existences antérieures, à des migrations interplanétaires, ou à thème familial, nobiliaire, avec idées de persécution généralement accessoires, délires signalés par le Professeur Dupré, chez les grands déséquilibrés de l'imagination. L'une de nos malades prétend avoir vécu plusieurs existences, tantôt sous la forme humaine, tantôt sous la forme animale ; d'autres sont mortes et resssucitées plusieurs fois, ont incarné divers personnages à des époques séparées par un long intervalle, ont vécu dans de multiples pays, sont apparentées par la filiation aux souverains, aux célébrités du jour, ont mis au monde un nombre illimité d'enfants de pères différents, et, en général, haut placés ; une autre personne intelligente et cultivée, qui n'a jamais été mère, annonce depuis plusieurs années être enceinte et devoir accoucher de huit enfants pour lesquels elle prépare une layette. Malgré les vastes aperçus si brillamment fournis par le Professeur Dupré, il ne semble pas qu'on ait fait aux délires d'imagination la place qui leur revient en psychiatrie. Kræpelin signale bien une forme fabulatrice de ses paraphrénies, mais sans insister sur sa fréquence, qui fait

de la psychose paranoïde l'une des manifestations les plus importantes et les mieux différenciées du délire d'imagination.

Enfin, tandis que la psychose hallucinatoire systématisée aboutit tardivement à un affaiblissement mental léger, souvent même imperceptible, la psychose paranoïde finit par un état presque démentiel assez analogue à celui des schizophrènes et apparaissant comme la fixation ou l'aggravation manifeste de la désagrégation psychique observée dès le début. Cette dernière, qui se rencontre communément chez les dégénérés présentant des délires psycho-sensoriels, peut, en effet, chez les sujets jeunes, tantôt donner naissance à un syndrome schizophrénique fugace, tantôt rapidement aboutir à un affaiblissement profond qui mérite le nom de démence précoce ; chez les sujets plus âgés, au contraire, réaliser en peu de temps cet état démentiel fruste accompagné d'autres caractères qui différencient la démence paranoïde des psychoses hallucinatoires systématisées.

Il va sans dire que ces différenciations s'appliquent aux cas typiques de chaque espèce, car entre les deux groupes existent de nombreux cas intermédiaires répondant à l'association, chez un même sujet, des caractères appartenant à plusieurs constitutions psychopathiques. Parmi ces associations, une des plus fréquentes est celle de la constitution cyclothymique. Bon nombre de délirants paranoïdes se distinguent par leur volubilité souvent incohérente et stéréotypée, leur irritabilité, leur activité désordonnée, leur présentation, en un mot, comme des persécutés maniaques. Ces malades, dont nous nous bornons à faire mention, mériteraient d'être l'objet d'une étude séparée.

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Sur un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire consécutif à une atteinte du nerf cubital droit avec syndrome de Claude Bernard-Horner. (*Présentation de malade*).

par MM. DEMERLIAC et DUPYTOUT (de Limoges)

Nous avons eu ces temps derniers au Centre de Réforme de Limoges l'occasion d'expertiser deux malades présentant tous deux une rétraction double de l'aponévrose palmaire :

Chez le premier, cette rétraction fait partie d'un syndrome se rattachant lui-même à une blessure de guerre ancienne.

Chez le second, elle ne constitue qu'un des symptômes d'une maladie nerveuse caractérisée (syringomyélie).

Cette coïncidence et ce rapprochement de deux cas analogues, dans quelques unes de leurs manifestations, nous incitent, bien que le premier de ces malades ait déjà été présenté, à la Société de Neurologie de Paris ainsi qu'à la Société de Médecine du Limousin et que nous ayons fait paraître son observation dans le *Journal des Praticiens* du 4 avril 1931, nous incitent, disons-nous, à vous les soumettre.

Ceci d'autant plus que leurs cas soulèvent une question d'origine discutable.

Faut-il nous excuser d'intéresser un semblabe aréopage à deux simples cas médicaux ? L'adage de « minimis non curat prætor » ne s'applique heureusement pas à la clinique !

Un cas de maladie de Dupuytren avec syndrome sympathique oculaire de Claude Bernard Horner, suite de blessure du cubital droit avec griffe du même coté.

Tout centre de réforme a deux portes, celle d'ivoire et celle de corne. C'est par cette dernière, je veux dire à la faveur d'un examen insuffisant, que M. M... a attiré notre attention.

Il avait été examiné au C. S. R. de Limoges en 1916, 1918, 1920 (visite définitive) pour « paralysie du nerf cubital droit avec griffe cubitale, suite de blessure du bras par balle transfixiante au tiers supérieur. Griffe très accentuée des deux derniers doigts. Pouce en adduction forcée avec demi-inflection de la phalange unguéale. Pince impossible. (P. P. à 40 0/0). »

En septembre dernier, M... demanda à repasser pour nouvelle infirmité : « Gêne fonctionnelle de la main gauche ayant débuté il y a deux ans environ. Troubles nerveux qui se sont portés à la nuque ainsi qu'au bras et à la main gauches où ils reproduisent les phénomènes paralytiques du membre supérieur droit. »

De ce fait, la Commission de Réforme, devant laquelle il comparut, lui reconnut :

1° 40 0/0 (dejà acquis) pour « paralysie cubitale droite ».

2° 10 0/0 pour « rétraction de l'aponévrose palmaire gauche avec griffe des deux derniers doigts », mais, de l'avis des experts et sans examen neurologique spécial, sans rapport avec la première infirmité. (Origine non admise).

Sur ces entrefaites, l'un d'entre nous, persuadé d'un rapport entre les deux infirmités, sans toutefois disposer des moyens récents de mettre ce rapport en évidence, l'adressa à M. le Professeur Agrégé Alajouanine.

Ce dernier, après observation du malade et épreuves chronaxiques, conclut, en le présentant à la Société de Neurologie (Séance du 4 décembre 1930) à une :

« Maladie de Dupuytren, localisée aux deux derniers doigts de la main gauche et accompagnée d'un syndrome sympathique oculaire de Claude Bernard-Horner du même côté, survenue quinze ans après, une blessure du côté opposé, avec griffe des deux derniers doigts. » (Alajouanine, Maire, Guillaume).

La question d'origine pour la deuxième infirmité (maladie de Dupuytren de la main gauche) pouvait-elle, dès lors, être mise en cause du fait du nouveau signe constaté à la Salpêtrière (syndrome de Claude Bernard-Horner) ?

Telle était la question qui nous fut soumise.

Comme il ne s'agit pas, en l'espèce, d'un malade absolument neuf, nous nous contenterons d'accompagner sa présentation d'une observation résumée.

N... a trente ans. Electricien de carrière. Père mort âgé, d'affection pulmonaire. Six frères bien portants. Aucun antécédent personnel morbide avant sa blessure. Fut atteint en 1914 d'une balle au bras droit, balle dite « explosive », qui, entrée un peu au-dessus de l'empreinte deltoïdienne, serait sortie, après un trajet oblique en bas, en dedans et en arrière, un peu au-dessus de l'épitrochlée. Cette blessure se serait accompagée de troubles moteurs et sensitifs devant aboutir un an plus tard à une intervention chirurgicale : libération du cubital d'une « gangue fougueuse » (?) et à l'extraction d'un fragment de projectile.

Cette opération fut suivie d'une amélioration des troubles sensitivo-moteurs et l'état resta sensiblement le même pendant 15 ans ; mais dans le courant de l'année 1929, M. N... présenta des crampes et des engourdissements du membre, puis survinrent des douleurs très vives qui, se propageant vers l'épaule et la nuque, gagnèrent même le membre supérieur gauche en s'y accompagnant de transpirations profuses pendant qu'une rétraction de l'aponévrose palmaire typique intéressant les deux derniers doigts se constituait petit à petit à la main gauche.

Actuellement, le malade nous présente donc :

1° une griffe cubitale droite ;

2° une rétraction de l'aponévrose palmaire gauche ;

3° un syndrome de Claude Bernard-Horner, à gauche seulement.

La griffe cubitale droite. — Elle intéresse les quatrième et cinquième doigts : flexion de la première phalange ; raideur serrée et en extension des deux autres, l'aponévrose restant souple dans son ensemble et sans brides. Gril métacarpien et deuxième tabatière anatomique. Absence d'adduction du pouce. Signe de la clef et du couteau positifs. Signe du journal (si caractéristique pour Froment de la paralysie du cubital) très net.

Examen électrique : hypo-excitabilité faradique et galvanique des muscles de l'éminence thénard droite et des faisceaux de l'adducteur profond du pouce correspondant au territoire du cubital.

A la main gauche. — Nous constatons une griffe des deux derniers doigts analogue à la griffe droite et presque symétrique ; ici il s'agit non de paralysie cubitale (les réactions électriques du nerf cubital sont en effet normales) mais d'une rétraction typique de l'aponévrose palmaire.

Les deux derniers doigts sont raides en demi-flexion et leurs pulpes affleurent l'éminence thénar.

Pas de gril métacarpien. Peau et tissu cellulaire normaux.

Deux petits renflements aponévrotiques et des brides scléreuses, saillantes, allant du derme profond aux languettes prétendineuses des deux derniers doigts. Les autres doigts sont normaux. Pince possible.

Nous ajouterons que le test de Pitres positif pour la main droite (la main étant à plat, le médius ne peut en effet se porter à droite ou à gauche sans que la main elle-même se déplace) est négatif pour la main gauche.

A la face. — On constate le syndrome de Claude Bernard-Horner signalé pour la première fois par M. le Professeur agrégé Alajouanine, avec ptosis, fente palpébrale plus petite à gauche qu'à droite, légère exophtalmie, pupille gauche en myosis et d'un diamètre deux fois moindre qu'à droite, tension oculaire un peu plus faible pour l'œil gauche que pour le droit (différence non chiffrable).

Réactions oculaires à la lumière et à la distance normales des deux côtés. Annexes oculaires (glandes lacrymales, conjonctives...) normales.

De l'examen neurologique général il ne ressort qu'une constatation intéressante : celle d'une hypoesthésie tactile, douloureuse et thermique à topographie radiculaire, dans les territoires C8, D1, analogue aux deux membres.

Réflexes pilo-moteurs normaux des deux côtés.

L'examen chronaxique pratiqué à la Salpêtrière a déjà montré que la chronaxie est triplée pour le cubital droit et les muscles de son territoire ; doublée seulement pour le cubital gauche, les muscles restant à la main gauche de chronaxie normale.

La question qui se posait pour nous était de savoir si la N. I. (maladie de Dupuytren gauche) pouvait, contrairement à ce qui avait été jugé, se rattacher à l'atteinte du cubital droit par suite « d'une véritable phase de névralgie ascendante puis à bascule » (Alajouanine) avec syndrome sympathique.

Il est certain que nous ignorons à peu près tout de la maladie de Dupuytren « si mystérieuse dans son déterminisme et pour laquelle on peut, au gré de son tempérament et de sa fantaisie, choisir entre les théories traumatique, inflammatoire, diathésique, nerveuse ou congénitale » (Leriche et Fontaine, *Presse Médicale,* 3 décembre 1930).

Faut-il rapprocher le cas qui nous occupe de celui que rapporte le professeur Leriche, atteinte traumatique du nerf cubital également suivie de rétraction de l'aponévrose palmaire, et y aurait-il lieu, dès lors, de songer, comme pour les malades de ses observations 1 et 2, à une hypercalcémie justiciable d'une cure par extrait parathyroïdien !

Nous ne le pensons pas en raison de l'origine traumatique formelle de l'affection.

Les expériences déjà anciennes de Vulpian sur le passage d'une main à l'autre de réactions produites par le froid, les recherches d'Abbe déclarant en 1884 que la maladie de Dupuytren est d'origine réflexe, les travaux récents de Babinski et de Froment, enfin, n'ont-ils pas montré, d'autre part, la possibilité pour une lésion gauche de développer des troubles sympathiques à droite ou inversement (1).

Et il nous semble bien, en définitive, que les conclusions de M. le Professeur agrégé Alajouanine donnent la solution du cas qui nous occupe en en résumant ainsi la genèse :

A l'origine, lésion cubitale droite avec phénomènes irritatifs dus à la présence d'un projectile qui ne fut extrait que plusieurs mois après la blessure.

Dégénération ascendante donnant lieu à des altérations des cellules des cornes postérieures de la moelle.

Intervention de phénomènes de répercussion entraînant du côté opposé l'irritation des éléments symétriques et à ce niveau de la partie la plus sensible du système nerveux intra-médullaire : les centres sympathiques.

C'est alors que sont constatés les troubles vaso-moteurs et trophiques, puis le syndrome de Claude Bernard-Horner, et les autres troubles sympathiques (dont l'apparition remonte sans doute à une date très antérieure).

La maladie de Dupuytren gauche, dont l'origine avait été rejetée antérieurement, nous apparaît bien, dès lors, comme un trouble trophique par répercussion de la dégénération ascendante du cubital droit sur les centres sympathiques gauches correspondant à l'existence de troubles sensitifs bilatéraux démontrant qu'il y a eu une étape médullaire au niveau des territoires radiculaires C8, D1.

Tel fut, en effet, le sens de nos conclusions.

« Paralysie médio-cubitale droite par atteinte de tronc nerveux au bras (blessure par balle) avec inclusion et névrome, griffe des quatre derniers doigts plus prononcée pour l'auriculaire et l'annulaire. Abolition de l'adduction, adduction du pouce, pince à peine ébauchée et inefficace. Abolition des mouvements propres du poignet et de la torsion de l'avant-bras. Main pratiquemnt nulle. »
Invalidité : 65 0/0.

« Syndrome sympathique gauche par répercussion de la dégénérescence ascendante du tronc cubital droit. Maladie de Dupuytren avec rétraction aponévrotique de la moitié interne de la main gauche entraînant griffe homologue des deux derniers doigts.

(1) — Voir « Les causalgies post-traumatiques de Weir Mitchell et leur devenir » P. Blanche, *Thèse de Lyon*, 1930.

« En outre, syndrome de Claude Bernard-Horner gauche, énophtalmie très accusée avec myosis et rétrécissement de la fente palpébrale.

Invalidité : (40 + 10) 50 0/0. — Invalidité totale de : 85 0/0.

Conclusions auxquelles devait ultérieurement se rallier une Commission de Réforme, à la lueur des données nouvelles du grand sympathique, le nouveau favori de la chirurgie nerveuse.

A ces conclusions qu'une aggravation manifeste tend à ne rendre que provisoire, nous serait-il permis d'en formuler une autre de portée plus générale ?

Rappelant de soumettre strictement l'expertise de tous les nerveux à des neurologues.

Conclusion de nature à justifier notre modeste communication qui nous a paru permise, en ce jour, et dans la patrie même de Dupuytren.

Un cas de syringomyélie avec troubles trophiques considérables et griffe cubitale (*Présentation de malade*)

par MM. Demerliac et Dupytout (de Limoges)

Le second malade que nous désirons vous présenter appartient, comme le précédent, au Centre de Réforme de Limoges. Il s'agit d'un homme de 53 ans atteint de syringomyélie très ancienne et très étendue, avec énormes déformations digitales. Ce n'est évidemment pas, pour une réunion neurologique de l'importance de celle d'aujourd'hui, un cas nouveau ou, à quelque titre, exceptionnel.

Si nous vous le soumettons, c'est que parmi le complexe des troubles trophiques qu'il présente, il est au moins un de ces troubles qui évoque, de façon singulière, la maladie de Dupuytren de notre blessé du cubital. Le médecin traitant du malade, sans doute frappé comme nous, par cette particularité, l'avait indiqué comme atteint de « rétraction de l'aponévrose palmaire des deux mains ». Ce diagnostic spontané, bien que restreint légitimerait, à lui seul, s'il en était besoin, le rapprochement de ces deux cas.

Voici ce malade :

Observations

M. J. de Villoutreix, de St-Martin-le-Vieux (H.-V.). Marié. Un fils de 23 ans qui fut réformé au bout d'un mois de service à la suite d'une pneumonie.

Seul antécédent familial : son père aurait eu « les doigts retournés ».

A. P. — Rien avant la guerre. Pendant la guerre, fut évacué du front sur l'hôpital de Calais, pour pneumonie double. Après un séjour d'un mois, convalescence de 15 jours.

Aurait eu pendant la guerre les doigts gelés. Mais ni hospitalisé, ni évacué pour ce motif.

Un an environ après sa libération, en 1920, se plaint de douleurs dans les deux mains, douleurs qualifiées de rhumatismales.

Hospitalisé à Limoges pour cette affection, il y est amputé du médius droit.

Il se présente au C. S. R. le 9 juillet 1929, où un examen « sommaire » fait porter le diagnostic de rhumatisme goutteux avec déformation accusée des doigts. Inv. 40 0/0. O. N. A.

Vient d'adresser au C. S. R. de Limoges une demande pour nouvelle infirmité : « rétraction des aponévroses palmaires », demande appuyée d'attestations de camarades de captivité certifiant que le malade a eu les mains et les pieds gelés dans la tranchée le 10 février 1917.

Etat actuel

Membre supérieur droit. — *Main.* — « Elle fut la première prise », d'après le médecin traitant.

En pince de homard. Amyotrophie très accentuée au niveau du premier espace inter-osseux métacarpien.

Pouce. — Phalange globuleuse.

La radio nous donnera l'explication de cet aspect : l'articulation métacarpo-phalangienne est en effet ankylosée en flexion et l'articulation interphalangienne est subluxée.

La phalangine est considérablement atrophiée ; l'ongle est très incurvé et lui aussi considérablement atrophié.

Index. — Gonflement de l'articulation inter-métacarpo-phalangienne. Ankylose de l'articulation métacarpo-phalangienne.

1re phalange un peu gonflée.

2e phalange amincie et en pointe.

3e phalange à peu près complètement atrophiée avec un ongle infime en bec de perroquet.

Médius. — Amputé en 1920. Cicatrice métacarpo-phalangienne.

Annulaire. — 2e phalange atrophiée avec un ongle extrêmement réduit.

A l'extrémité, deux ulcérations croûteuses dont l'une est en partie phlycténulaire.

Auriculaire. — Intact, avec déviation en coup de vent vers le pouce. Tous les doigts sont repliés dans le creux de la main. La peau en est mince et luisante.

Petites crevasses aux extrémités internes des deux premiers plis de flexion de la main.

Nodosités légères de l'aponévrose palmaire.

Pas de troubles trophiques aux bras ; 2 cm. d'atrophie à l'avant-bras.

Main gauche. — En planche, type Aran-Duchenne ; atrophie considérable des muscles de l'éminence thénar littéralement fondue. Effacement des plis de la main.

Pouce. — En adduction extrême avec déformation unguéale et fonte des interosseux. Griffe des trois derniers doigts, en position inter-médiane et demi-griffe de l'index : 1re phalange en extension avec flexion des deux autres phalanges.

Atrophie des dernières phalanges des trois derniers doigts avec déformation des ongles.

Gros gonflement de toutes les articulations. Mêmes troubles trophiques avec aspect succulent de la peau qu'à l'autre main.

Cicatrices cornées aux extrémités des doigts, plus accusées à l'auriculaire où il semblerait qu'il y ait eu une ébauche de mal perforant.

Membres inférieurs. — Le malade se plaint de douleurs dans les petites articulations des pieds et accuse des crampes dans la jambe.

Troubles trophiques des ongles épaissis, hyperkératosés. D'après l'intéressé, ils tomberaient tous les ans au printemps, comme d'ailleurs ceux des mains.

Réflexes rotuliens un peu plus vifs à gauche, réflexes plantaires très émoussés, avec ébauche d'extension, et, à gauche même, éventail des orteils.

Légère contracture à gauche et réflexes rotuliens polycinétiques.

Signes de Gordon en flexion à droite et à gauche.

Réflexes abdominaux. — A droite normaux, à gauche, supérieur normal, moyen et inférieur abolis. Les réflexes crémastériens existent, gros varicocèle à gauche.

Colonne vertébrale. — Cyphose dorso-lombaire avec ébauche de scoliose à concavité gauche.

Thorax. — Evasé, avec creux de la région xyphoïdienne.

Sensibilité. — Profonde est normale.

La sensibilité tactile est normale (perception et délimitation). L'anesthésie thermique existe aux quatre membres et semble aussi marquée aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Comme dans les cas très anciens, elle affecte une topographie plutôt segmentaire que radiculaire.

Membres supérieurs. — A gauche : anesthésie totale en demi-manche occupant la main et l'avant-bras, prolongée par une bande sur le côté externe (teinte uniforme).

Zone de thermo-analgésie moins accusée occupant le reste du bras, le cou et la partie droite du thorax, où le sujet présente un retard énorme des sensations et perçoit froid uniformément le chaud et le froid.

Le membre supérieur droit présente une disposition thermo-analgésique identique, à cette différence près cependant que la zone absolue serait un peu plus étendue, tandis que la zone relative ne paraît que dépasser en gigot l'articulation de l'épaule.

Enfin, l'anesthésie paraît absolue dans les pieds et les jambes, relative aux deux cuisses. A gauche, elle est plus étendue en hauteur.

Examen radiologique. — *Main droite :* absence du médius droit, aspect irrégulier et déformé de la tête du 3e métacarpien. Subluxation complète des deux phalanges du pouce dont les surfaces articulaires sont irrégulières et déformées.

Main gauche : pas de lésions osseuses nettement perceptibles. Attitude vicieuse en flexion des deuxièmes phalanges.

Examen électrique. — Hypoexcitabilité galvanique et faradique marquée des muscles de l'éminence thénar, hypothénar et des interosseux de la main gauche particulièrement marquée au niveau de l'éminence thénar, territoire du médian et du cubital.

A noter que le réflexe oculo-cardiaque est inversé. Pouls lent, 56, qui, après pression oculaire, monte à 58.

Urines normales ; serait constipé. Pas de signes vésicaux. Vue et audition normales.

Il s'agit donc bien d'une syringomyélie, dans lequel il nous paraît manquer peu de chose des divers signes qu'on a pu rattacher à la maladie : dissociation thermoanalgésique, amyotrophies, signes pyramidaux (ces deux derniers signes relativement limités), et surtout, troubles trophiques prédominants et variés, où ne manque pas le syndrome de Morvan, ainsi qu'en témoigne l'amputation du médius droit en 1920.

Ainsi que nous l'avons dit, il y a un instant, c'est surtout sur les déformations en griffe présentes aux deux mains que nous désirons appeler particulièrement votre attention.

Il semble que ce signe banal somme toute dans la maladie, soit particulièrement intéressant à observer ici, quand on le rapproche de la griffe droite et de la maladie de Dupuytren gauche de notre premier sujet, et quand on considère que, dans l'un et l'autre cas, de pathogénie évidemment différente, l'anatomo-physiologie nous conduit à une atteinte de la région centro-postérieure de l'axe gris.

Ce n'est là qu'un simple rapprochement que nous soumettons à votre appréciation et à vos avis, nous excusant, à l'avance de ne vous apporter aucune bibliographie sur les travaux qui ont pu toucher de plus ou moins près cette question, pressés que nous avons été par le temps. Notre cas de syringomyélie ne nous a été soumis, en effet, que voici très peu de temps.

Outre ces considérations, se pose encore la question d'ori-

gine, très importante en la circonstance. Nous n'ignorons pas que le traumatisme a été signalé dans plusieurs cas de syringomyélie, soulevant des problèmes médico-légaux intéressants, comme celui communiqué par le professeur Laignel-Lavastine à la Société de Neurologie du 8 décembre 1930.

Mais, dans son cas, il s'agissait de traumatisme évident.

Notre malade invoque au contraire pour la genèse de sa maladie des gelures survenues dans la tranchée en 1916, gelures n'ayant provoqué ni évacuation, ni hospitalisation, et attestées seulement par des camarades des régiments. Ces témoignages paraissent insuffisants pour que nous y voyons le point de départ de la maladie actuelle.

M. Fribourg-Blanc (du Val-de-Grâce). — Les deux communications de MM. Demerliac et Dupytout présentent un très vif intérêt clinique par le parallèle établi entre ces deux cas. Mais c'est du point de vue médico-légal aussi que ces deux malades méritent de retenir l'attention. Pour le second malade, en particulier, l'origine de la syringomyélie demande à être minutieusement étudiée. Ce n'est que par un interrogatoire serré du malade et des témoins, s'il en existe, qu'on pourrait établir si la gelure des pieds et des mains de 1917 s'est ou non accompagnée des symptômes annonciateurs d'une syringomyélie. Dans l'affirmative, l'imputabilité des lésions actuelles devrait être admise.

Comportement d'une réaction particulière du liquide céphalo-rachidien et de l'urine dans des conditions diverses.

Par M. Art. Donaggio (de Modène)

L'auteur a donné à l'Académie Royale des Sciences de Modène la description d'un phénomène qu'il a observé dans l'urine humaine, dans le liquide céphalo-rachidien, et aussi dans le sérum sanguin, en se servant d'une réaction de précipitation des substances colorantes d'aniline : réaction conduite selon des règles particulières, également décrites. Le degré de la réaction plus ou moins positive est exprimé par des chiffres : en additionnant les chiffres obtenus par l'examen de six tubes à essai de ce qu'il appelle première et deuxième phases, on obtient un chiffre global ; et en inscrivant ces chiffres globaux successifs pendant les jours d'observation, on obtient un tracé, qui donne l'image graphique du comportement de la réaction dans une période déterminée.

Cette réaction n'est pas en rapport nécessaire avec les modifications de l'urine, à partir des variations du poids spécifique jusqu'à la présence de sucre ou d'albumine, etc. : seulement, il faut prendre garde que la réaction ne soit pas alcaline (dans ces cas, il faut la conduire à une acidité initiale au moyen de l'acide acétique). Cette réaction peut se présenter dans des conditions diverses, mais possède le caractère d'une réponse particulière de l'organisme, et se développe avec des comportements qui sont en rapport avec les diverses conditions.

Pour ce qui a trait au comportement de l'urine, il y a des conditions dans lesquelles la réaction se présente *après une période de latence ;* il y en a d'autres dans lesquelles la réaction *se présente d'une façon immédiate.* Aussi l'augmentation comme la descente de la réaction peuvent se présenter *immédiates* ou *avec des oscillations plus ou moins prolongées.*

Parmi les conditions capables de déterminer une réaction positive, M. Donaggio rappelle la *fièvre, soit spontanée, soit*

provoquée. Dans le cas de *fièvre spontanée,* les rapports entre la fièvre et la positivité de la réaction sont évidents : quand la fièvre tombe, la réaction si bien diminuée continue à être positive : on assiste à la diminution graduelle, jusqu'à la négativité de la réaction.

Dans la *fièvre provoquée,* par exemple dans la malariathérapie, on observe dans la réaction de l'urine *une période de latence* de presque 40 heures après l'inoculation de la malaria tierce : la réaction de l'urine devient positive, et reste positive, avec des oscillations particulières, pendant toute la période des accès de fièvre : quand on interrompt la fièvre, la réaction de l'urine, tout en diminuant, se conserve positive et devient négative avec des oscillations seulement après quelques jours.

Le *soufre colloïdal* (*sulfosin Leo*), dont on se sert pour la pyrétothérapie, donne une réaction dans l'urine assez caractéristique : la réaction, négative ou faiblement positive, lorsqu'on fait l'injection, conserve ces caractères quand la fièvre éclate (presque 12 heures après l'injection) ; et même quand la fièvre a disparu : après 24-36 heures (depuis l'injection, *période de latence*), la réaction commence à devenir nettement positive : avec des oscillations, arrive au maximum au bout de 2 jours ; après quoi diminue, avec des oscillations, pour atteindre la négativité seulement après 5-7 jours. La réaction peut se présenter positive dans le liquide céphalo-rachidien 15-18 jours après l'injection intra-musculaire de sulfosin Léo : puis devient négative, tandis que la réaction est positive encore dans l'urine.

La réaction de l'urine peut devenir positive dans des conditions dépourvues de fièvre, et provoquées par l'injection de certaines substances. Par exemple, on provoque l'apparition d'une réaction positive, avec une période de latence moins longue que dans le cas du soufre colloïdal, avec une préparation bismuthique antiluétique (*bisphol*). Après injection de 2 cmc. 1/2 de cette substance, et une période de latence de 12-18 heures, la réaction devient positive graduellement, et arrive, avec quelques oscillations, au maximum, à peu près au quatrième jour ; puis la réaction diminue et arrive graduellement, avec des oscillations, à la négativité : cette courbe exige, pour se développer et pour arriver à la négativité, une période de dix jours. On observe aussi des réactions particulières après l'injection de préparations arsenicales et de mercure.

L'injection de *substances de glandes à sécrétion interne*

donne une réaction positive bien différente. La réaction est *assez rapide, arrive sans oscillation au maximum et descend rapidement et également sans oscillation* en 24-48 heures. Un extrait de portion antérieure de l'hypophyse a eu un comportement assez particulier, a donné la réaction rapide qui, en 24 heures, est tombée à la négativité ; mais le jour suivant, la réaction est redevenue positive (et dans un cas, avec une réaction plus intense que le jour précédent) pour tomber définitivement à la négativité.

L'auteur a donné communication à l'Académie Royale des Sciences de Modène, et dans la séance du 2 juin de cette année à la « Société de Neurologie de Paris » des résultats de ses recherches dans *l'épilepsie motrice dite essentielle.* Dans les cas d'épilepsie dite essentielle, dans lesquels les accès sont espacés avec des phases intervallaires de quelques jours, pendant la phase intervallaire, d'ordinaire, la réaction de l'urine est négative; quelques cas présentent une faible positivité. Si les accès sont rapprochés, le comportement de la réaction est différent. Dans les cas à accès espacés, on observe la réaction négative dans les espaces intervallaires: mais quand l'accès éclate, la réaction devient positive, pas avec le caractère de la lenteur, mais tout de suite : l'on peut observer la positivité une heure et même une demi-heure après l'accès. Cette réaction positive persiste quelques heures et puis descend vers la négativité. La descente a le caractère de ne pas présenter ordinairement d'oscillations, mais tombe directement vers la négativité. Dans les cas où les accès sont rapprochés, on a des augmentations de la positivité en rapport immédiat avec l'accès, mais la descente vers la négativité est partielle.

Il y a des cas à réaction positive faible en dehors de l'accès moteur ; même dans ces cas, quand l'accès éclate, la réaction tout de suite devient positive.

Par des projections, l'auteur présente deux tracés, pour donner une idée de courbes obtenues. Le premier concerne un épileptique observé pendant une période d'état crépusculaire, entrecoupée par des accès moteurs. L'on voit après une augmentation initale, qui regarde la réponse à un accès, une ligne qui ne parvient pas à la négativité — au zéro —, c'est-à-dire une réaction faiblement positive, à caractère de diminution graduelle : en coïncidence avec l'éclatement d'un accès, on observe que le tracé remonte puis descend, et remonte encore un peu plus haut en rapport avec un second accès, puis des-

cend en opérant une faible positivité. L'autre a trait à une épileptique qui présente de temps en temps des accès discrètement rapprochés. La réaction est complètement négative dans les jours qui précèdent la phase de l'éclosion relativement fréquente des accès. Dans la phase des accès rapprochés, l'on voit que la réaction qui devient fortement positive après les accès, n'arrive pas à la négativité dans les espaces intervallaires. Quand la phase est terminée, la réaction diminue avec les caractères habituels (tout à fait différents, par exemple, de ceux qu'on observe dans la fièvre artificielle par injection de soufre colloïdal), c'est-à-dire sans oscillations, et puis la négativité complète reparait.

Ce qui frappe dans ces phénomènes c'est aussi la précision du rapport entre l'accès et la poussée de la réaction. Jusqu'à présent, l'auteur a pu constater que la réaction devient nettement et constamment positive après les accès.

M. Donaggio donne aussi communication des premiers résultats qu'il a obtenus en recherchant le comportement de sa réaction dans l'urine, en rapport avec des conditions particulières qui provoquent la fatigue. Il a examiné l'urine de quatre joueurs de foot-ball, avant et immédiatement après un match. De cette recherche est résultée l'apparition d'une réaction nettement positive chez tous les quatre joueurs, après le match. L'un de ces quatre joueurs qui était le plus entraîné présentait une réaction moins intense que les autres, tout en ayant développé un travail plus intense.

L'auteur déclare avoir voulu se limiter à la constatation des faits objectifs en dehors de toute théorie.

L'influence de quelques alcaloïdes sur l'activité musculaire

par M. Vondracek (de Prague)

J'ai essayé l'effet de trois dixièmes de grammes de chlorhydrate de quinine, un millième de gramme de nitrate de strychnine, cinq millièmes de gramme de chlorhydrate de yohimbine, deux centièmes de gramme de chlorhydrate d'harmine et cinq centièmes de gramme de chlorhydrate d'éphédrine sur l'activité musculaire. Ces alcaloïdes ont été donnés par voie buccale. Les expériences ont été faites avec douze soldats, que le Ministère de la Défense nationale a bien voulu mettre à ma disposition.

Les soldats sont de bons sujets pour ces expériences, parce que ce sont des individus qui vivent dans les mêmes circonstances et ont le même âge. J'ai fait ces expériences dynamométriquement — avec le dynamomètre de Carrier — et ergographiquement — avec l'ergographe de Mosso. Pendant l'expérience le sujet a pressé dix fois de suite, avec un intervalle de quinze secondes, le dynamomètre de sa main gauche, l'avant-bras étant en flexion. Pendant l'essai ergographique, le sujet a levé avec le doigt du milieu de la main droite un poids de huit à dix kilogrammes. Le sujet a travaillé avec les précautions habituelles, trois minutes, s'est reposé quinze secondes et puis a repris le travail.

Excusez-moi de n'avoir pas le temps de décrire la méthode en détail. Les expériences ont été faites afin que le nombre de fautes fût minime. Les sujets ignoraient la substance qu'ils prenaient et le but de l'expérience. De cette manière l'influence de la suggestion était exclue.

Pour constater que la méthode employée était satisfaisante, avant de commencer les expériences, j'ai essayé la matière très bien connue et souvent employée : la caféine (0,3 coffeini natriobenzoici). Après l'emploi de la caféine résultait une

amélioration d'action ergographique dans onze cas sur douze, c'est-à-dire dans quatre-vingt-onze pour cent, sept dixièmes. L'amélioration moyenne faisait quinze pour cent. Naturellement il faut tenir compte du fait qu'au commencement on s'accoutume bien vite à la manière du travail ergographique, ainsi l'amélioration de l'action est partiellement le résultat du training, mais seulement partiellement. Le jour suivant l'action des sujets, pendant l'expérience sans l'alcaloïde était plus grande que pendant l'expérience sans l'alcaloïde du jour précédent, mais moins grande que l'action après la caféine le jour précédent. L'action après la caféine comme j'ai mentionné, était mieux de quinze pour cent, que dans le contrôle du même jour et de dix pour cent sept dixièmes que dans l'expérience du jour suivant. J'en ai déduit que cette méthode est capable de montrer ou l'amélioration ou l'abaissement de l'action après l'usage d'un autre alcaloïde.

Il aurait été plus avantageux d'utiliser quelques alcaloïdes par injection, mais j'avais promis que l'expérience ne serait pas désagréable pour la personne expérimentée. Cette promesse m'obligeait à user de doses relativement petites, c'est pourquoi les résultats ne furent pas obtenus dans tous les cas, mais seulement dans la plupart des cas, en égard au différent degré de la sensibilité individuelle.

Le travail dynamométrique représente la force rude des muscles. Pendant le travail ergographique l'élément psychologique de la vigilance, de la volonté de faire le mouvement et le forcement d'innervation motrice prennent part euxaussi.

Les expériences ont montré que la *quinine* améliorait l'efficacité dynamométrique en moyenne de quatre pour cent quatre dixièmes: ergographique: neuf pour cent trois dixièmes. D'après la relation entre les deux parties des courbes ergographiques nous voyons qu'elle améliorait la récréation de la fatigue.

La *strychnine* améliore l'action dynamométrique de neuf pour cent huit dixièmes et abaisse l'action ergographique de quatre pour cent sept dixièmes.

L'*yohimbine* n'a d'influence ni sur l'action dynamométrique ni sur l'action ergographique.

L'*harmine* a amélioré l'effet dynamométrique de dix pour cent huit dixièmes, mais l'effet ergographique a été abaissé de deux pour cent trois dixièmes.

C'est l'*éphédrine* qui a amélioré le plus l'activité du travail : pendant l'essai dynamométrique de douze pour cent ; pendant l'essai ergographique de neuf pour cent trois dixièmes. Il semble que l'effet d'excitation motrice de l'éphédrine se montre spécialement entre la seizième et la soixante-dix-huitième minute, après l'application ; dans cet intervalle l'éphédrine augmente l'effet ergographique de dix-huit pour cent quatre dixièmes. Elle rend la récréation de la fatigue plus rapide.

L'amélioration de l'activité dynamométrique a été avec :

Quinine : dans soixante-quinze pour cent des cas.

Strychnine : dans soixante-quinze pour cent des cas.

Yohimbine : dans cinquante pour cent des cas.

Harmine : dans cinquante-huit pour cent trois dixièmes des cas.

Ephédrine : dans quatre-vingt-onze pour cent sept dixièmes des cas.

L'amélioration de l'activité ergographique a été avec :

Quinine : dans soixante-six pour cent six dixièmes des cas.

Ephédrine : dans cinquante-huit pour cent trois dixièmes, éventuellement quatre-vingt-trois pour cent trois dixièmes des cas.

L'abaissement de l'activité ergographique a été avec :

Strychnine : dans quatre-vingt-trois pour cent trois dixièmes des cas.

Yohimbine : dans cinquante pour cent des cas.

Harmine : dans soixante-quinze pour cent des cas.

Quelques-uns des alcaloïdes avec lesquels j'ai travaillé, ont été employés auparavant pour les expériences ergographiques par exemple la quinine et la strychnine. Quant à la quinine mes résultats sont les mêmes que ceux des autres auteurs ; il n'en est pas de même pour la strychnine. Mon chef, le professeur Velich et moi, nous sommes d'accord que l'effet de la strychnine, qui abaisse l'action ergographique est explicable par la contraction des vaisseaux dans les muscles ce qui cause un écartement insuffisant des produits de la fatigue et un approvisionnement insuffisant de la matière nécessaire à l'action des muscles. L'action dynamométrique augmente vraisemblablement après l'application de la strychnine par la stimulation du système nerveux central.

Analogiquement l'harmine produit les mêmes effets que la strychnine, mais il semble que le mécanisme de l'effet soit différent.

Je suis d'avis que le résultat le plus intéressant de mes expériences est l'augmentation considérable et de l'action dynamométrique et de l'action ergographique par l'éphédrine, matière proche de l'adrénaline, bien connue comme un excellent remède contre la narcolepsie, ce qui a été prouvé pour la première fois par mon confrère Janota. Sur la base de mes expériences, Janota a appliqué l'éphédrine à grandes doses dans deux cas de myasthénie, avec de bons résultats.

De la sclérose en plaques aiguë

par MM. Cestan, Riser, Géraud, Labro et Mlle de Vals
(de Toulouse)

L'attention des neurologistes de tous les pays est fixée depuis plusieurs années par les infections aiguës primitives du système nerveux : les modalités cliniques et anatomiques, les rapports qui existent entre elles, retiennent plus particulièrement la discussion. Les opinions les plus opposées concernant la nosologie des névraxites sont soutenues par les esprits les plus avertis, parce que les agents pathogènes sont inconnus dans l'immense majorité des cas et qu'il n'existe pas de lésions anatomiques strictement spécifiques. Bien mieux, on a mis en doute la nature infectieuse et l'individualité de certaines de ces maladies.

La sclérose en plaques n'échappe naturellement pas à la discussion : maladie autonome bien que protéiforme, pour les uns, les plus nombreux, elle n'est, pour d'autres, qu'un banal syndrome anatomoclinique, anatomique surtout. Sa nature infectieuse ne fait pas de doute pour la majorité des neurologistes français, qui s'appuient avant tout sur l'existence de formes aiguës et de formes évolutives souvent fébriles. Nous avons eu l'occasion d'étudier de près un cas extrêmement instructif dont nous résumerons les principales caractéristiques. Il sera l'objet d'une étude plus détaillée dans la thèse de l'un de nous (Géraud).

Mme X..., 33 ans, sans antécédents dignes d'intérêt, présente en novembre 1931 quelques paresthésies et de la lourdeur des membres inférieurs ; en un mois la démarche devient ataxo-spasmodique. Elle entre à l'hôpital le 9 janvier 1931 ; état général excellent, pas de température. Le diagnostic de sclérose multiple s'impose : pas de paralysie véritable segmentaire ou globale, mais atteinte pyramidale évidente, réflexes tendineux exagérés, signe de Babinski bilatéral, abolition des réflexes cutanés abdominaux ; toutes les épreuves cérébelleuses sont positives tant aux membres infé-

rieurs que supérieurs. Dans le sang, Bordet-Wassermann négatif. Le liquide céphalo-rachidien a une tension normale, il renferme 0 gr. 70 d'albumine, 14 cellules au millimètre cube, la réaction de Bordet-Wassermann est négative, tandis que le benjoin précipite dans les premiers tubes : 0112. Il n'existe pas de troubles sphinctériens ni de la motilité, ni de la parole, ni vertiges.

La malade est euphorique et puérile, instable, un peu maniérée, sans dissociation psychique, ni démence. Un traitement très intense de salicylate de soude intraveineux est mis en œuvre.

L'état reste stationnaire pendant deux mois. Sans raison apparente, une très grave poussée évolutive survient à partir du 20 mars ; elle se manifeste :

a) par des aggravations des phénomènes parétiques et un acheminement rapide vers la myélite aiguë avec paralysie flasque ; paralysie vésicale, constipation opiniâtre, diminution puis abolition des réflexes tendineux.

b) par des troubles psychiques de type confusionnel avec onirisme. agitation incohérente et hallucinations. Le début de ce syndrome psychique a été brutal et a débuté dans la nuit ; la difficulté de perception est devenue rapidement extrême, l'identification très ralentie, parcellaire, inexacte. La désorientation est totale, il n'y a ni effort de recherche, ni activité intellectuelle. La mimique de l'égarement est saisissante.

Cette confusion à l'état pur dure une semaine. La malade meurt en quatre jours avec un syndrome péritonéal très peu douloureux et légèrement pyrétique. Son ventre est ballonné et elle présente plusieurs hématémèses. Malgré tous les efforts, elle n'avait pas été à la selle depuis 10 jours.

En résumé : une jeune femme de 33 ans présente le tableau clinique et humoral de la sclérose multiple s'étant installé rapidement, en un mois, puis s'étant stabilisé pendant deux autres mois ; elle succombe à la fin de cette période, au cours d'une poussée évolutive grave qui détermine des phénomènes de myélite et d'encéphalite psychosique à type de confusion onirique. Il est possible qu'elle ait présenté un ulcus qui, perforé, provoqua la péritonite, mais de toute manière on ne saurait mettre en doute le rôle de la poussée myélitique excessivement grave, ni celui de l'encéphalite.

L'autopsie pratiquée 15 heures après la mort n'a pu être complète, seuls ont été examinés les centres nerveux.

1° Examen macroscopique

A l'autopsie, rien à signaler en dehors d'une lepto-méningite très nette, diffuse, mais plus marquée à la base cérébrale, le long des grands sillons hémisphériques et de la région postérieure de la

moelle. L'examen minutieux, à la loupe, ne décèle pas la plus petite plaque superficielle.

Après fixation, les coupes transversales de la moelle, à différents étages, montrent des plaques très polymorphes, rarement très petites et isolées, le plus souvent très polycycliques et confluentes, ne respectant que des districts réduits de parenchyme médullaire. Reconstituée dans l'espace, la zone atteinte se présente comme un bloc extraordinairement tourmenté et irrégulier, s'étendant à peu près sur toute la hauteur de la moelle, intéressant avant tout la substance blanche, changeant de forme d'un segment médullaire à l'autre.

Le bulbe, le pont, les pédoncules cérébraux et cérébelleux paraissent macroscopiquement absolument indemnes.

De nombreuses coupes du cervelet ne décèlent pas la moindre modification apparente.

Le cerveau a été étudié sur coupes horizontales successives d'un centimètre d'épaisseur depuis le lobule paracentral jusqu'à l'étage sous-thalamique, au-dessus de l'espace perforé antérieur :

a) Dans les deux coupes hémisphériques les plus élevées de la série, passant par les lobules para-centraux, on ne distingue rien d'anormal.

b) A partir de la seconde coupe (3 centimètres environ au-dessous du bord supérieur des hémisphères et immédiatement au-dessus du corps calleux), les lésions apparaissent brusquement, très nombreuses. Elles sont constituées par des plaques d'aspect grisâtre, très polymorphes, de taille variable, entre 1/10 de millimètre et 10 millimètres de diamètre environ ; beaucoup ont des contours légèrement festonnés. C'est dans le centre ovale qu'elles sont, et de plus loin, les plus abondantes, souvent pressées les unes contre les autres, presque confluentes, ou au contraire parfaitement isolées par de petits ponts de substance blanche indemne. Elles sont également très nombreuses, mais plus petites, dans la substance blanche des circonvolutions. On en trouve quelques-unes qui empiètent sur les deux substances blanche et grise d'une circonvolution. Mais nous n'avons pu en déceler une seule rigoureusement localisée dans la substance grise.

c) Dans la troisième coupe passant par le tronc du corps calleux, le dispositif général des plaques est le même que celui qui vient d'être décrit ; signalons quelques plaques en bordure du ventricule latéral.

d) Dans la quatrième coupe passant par le bourrelet et le genou du corps calleux, la tête du noyau caudé, les plaques sont beaucoup moins nombreuses, même dans la substance blanche. On en remarque de très petites dans la capsule interne du genou ; il n'y en a ni dans le putamen, ni dans le thalamus.

En résumé : les plaques de beaucoup les plus nombreuses se trouvent dans la substance blanche des hémisphères où elles sont rarement confluentes, dans la moelle où elles forment de par leur amalgame une masse extrêmement importante et polymorphe s'étageant sur toute la hauteur. Il n'y a pas de plaques localisées uniquement à la substance grise des circonvolutions ; il n'y en a ni dans les noyaux gris centraux, ni dans le cervelet, les pédoncules, le pont et le bulbe.

2° EXAMEN MICROSCOPIQUE

Cinq cents coupes ont été pratiquées à tous les étages et traitées par les méthodes générales et spéciales : Alzheimmer VI, Weigert, Bielchowski, Sudan, Nissl, Cajal-or, Penfield (microglie), carbonate d'argent de Hortega.

1° La structure générale des plaques ne présente rien de particulier : une trame névroglique fibreuse, beaucoup plus dense à la périphérie qu'au centre même de la lésion, une abondante prolifération d'astrocytes et de microglie autour de celle-ci, une dégénérescence myélinique intense quasi-totale, à limites tranchées avec le tissu sain, une abondance extrême de myélophages, dans la plupart des cas, une relative conservation des neurofibrilles, l'intégrité presque complète de la majorité des cellules ganglionnaires de la moelle tandis que les cellules de la corticalité comprises dans les plaques hémisphériques sont extrêmement atteintes.

2° Dans certaines régions corticales et surtout au niveau de la capsule interne on trouve des foyers de désintégration myélinique très circonscrits avec corps granuleux et pâles, sans réaction gliale-fibreuse, sans modification appréciable de la glie protoplasmique et de la microglie, sans nodules inflammatoires.

3° C'est dans la moelle que sont situées les plaques les plus fibreuses et quelques-unes d'entre elles, les plus vieilles, sont complètement déshabitées : plus de corps granuleux, plus d'infiltrations périvasculaires ; les quelques cylindraxes qui demeurent sont très altérés. Cependant dans le centre ovale on trouve également quelques plaques anciennes, purement fibro-névrogliques, sans corps granuleux.

4° Il n'existe nulle part de nodules inflammatoires extra-vasculaires.

5° Les infiltrations vasculaires importantes et même nodulaires par des lymphocytes et des plasmazellen sont très nombreuses : *a*) on les rencontre dans les plaques jeunes, encombrées de déchets myéliniques. Les espaces périvasculaires sont bourrés de lymphocytes et de corps granuleux ;

b) en dehors des plaques mais non loin d'elles ;

c) *dans les régions du névraxe où n'existe pas la moindre démyélinisation, où l'examen le plus minutieux n'a pas révélé la moindre lésion en particulier dans le bulbe, le pont, les pédoncules cérébraux ;*

d) *dans ces mêmes régions on note à côté de l'infiltration périvasculaire des lésions de mésartérite importantes, avec réaction fibro-blastique et réaction inflammatoire vive sans atteinte de l'endartère ; la mésophlébite est également rencontrée dans ces territoires.*

Ces derniers faits nous paraissent d'une importance générale extrême, et d'autant plus qu'ils sont très typiques. Toutes les coupes examinées ont été traitées par des techniques mettant en évidence, sur la même préparation, la myéline, les corps granuleux et les noyaux (Loyez-scharlach — hématéine légère), afin de ne pas laisser échapper des lésions même minime de désintégration myélinique et d'irritation par le déblaiement de produits de désintégration.

C'est dans les pédoncules que prédomine l'infiltration périvasculaire, la mésartérite et la mésophlébite, en dehors des lésions de démyénilisation dans des territoires absolument sains et principalement dans la calotte. Dans le bulbe, elles ne sont jamais nettes.

Il nous semble que la signification infectieuse de ces lésions vasculaires et périvasculaires peut être soutenue. On sait qu'elles sont banales dans la sclérose multiple et même dans les formes à évolution prolongée. Mais comme l'ont fait remarquer Guillain et I. Bertrand, il est difficile d'interpréter la réaction périvasculaire de vaisseaux situés au centre des plaques ou au niveau des plages de démyénilisation, alors que l'espace périvasculaire est bourré de produits de désintégration.

Nous avons rencontré, avons-nous dit, quelques lésions de mésoartérite et de mésophlébite ; est-il besoin de dire qu'elles n'indiquent nullement une syphilis encéphalo-méningée ?

Pour expliquer les nodules inflammatoires périvasculaires, on ne peut incriminer une septicémie terminale à point de départ péritonéal, et ceci pour deux raisons : l'absence de foyers métastasiques microscopiques dans l'encéphale luimême ; l'absence de polynucléaires.

Ajoutons que les inoculations au singe (cyno. Papion) de liquide céphalo-rachidien et de macération de moelle et de protubérance sont demeurées sans résultats ; il est vrai que le prélèvement a été fait 15 heures après la mort.

Disons à ce propos que nous avons pratiqué un nombre considérable d'injections de sang et de liquide céphalo-rachidien de scléroses en plaques évolutives à 25 singes (rhésus, synomolgus), par voie intra-cérébrale, cisternale, rachidienne (Professeurs Pettit et Riser, M. Géraud, Mlle de Vals), dans des conditions excellentes. Aucun résultat clinique ou anatomique précis n'a été obtenu.

Nous ne faisons pas moins de la sclérose multiple une maladie infectieuse parfaitement spécifique et bien déterminée.

Discussion

M. Moreau (de Liége). — Les lésions vasculaires diffuses signalées par M. Cestan sont des plus intéressantes à connaître. On remarque d'ailleurs, sur le premier cliché présenté par lui, qu'il existe, entre les plaques nettes de sclérose, des zones légèrement démyélinisées. Ce cas, qui est, à n'en pas douter, une sclérose multiloculaire, illustre donc, par les lésions des vaisseaux et les altérations qui avoisinent les plaques, la thèse que la sclérose multiple n'est pas figée dans ses plaques mais comporte des altérations diffuses, comme nous l'avons signalé dans notre rapport.

M. Marchand (de Paris). — La communication si intéressante de M. Cestan montre que, dans la sclérose en plaques, il existe, dans les régions du névraxe éloignées, des plaques scléreuses des lésions inflammatoires qui montrent qu'en réalité, il s'agit d'encéphalite diffuse. C'est là une constatation que j'ai pu faire dans différents cas de sclérose en plaques avec troubles mentaux. En réalité, dans cette affection, il est nécessaire de faire une étude de tout le névraxe pour bien se rendre compte de l'évolution des lésions. On peut trouver des lésions dans certaines régions de l'encéphale dans lesquelles on ne les soupçonnait pas.

Microcéphalie et encéphalopathie infantile chez un « enfant du radium »

par MM. Henri Roger et Hauger (de Marseille)

On a donné le nom assez pittoresque d' « enfant des rayons X » aux produits issus de gestations pendant lesquelles la mère a été soumise à un traitement radiothérapique abdominal, le plus souvent pour une affection des voies génitales. La radiothérapie a été mise en œuvre soit pour fibrome utérin compliqué de grossesse, soit au cours d'une grossesse réelle survenue au voisinage de la ménopause et simulant un fibrome, plus rarement pour des lésions annexielles ou pour des tumeurs génitopelviennes.

La radiothérapie a une action variable sur la grossesse. On a signalé des cas où des irradiations préconceptionnelles à doses modérées ont plutôt favorisé qu'empêché la gestation. L'avortement ou des anomalies fœtales ont suivi des irradiations à doses massives pratiquées peu après la conception et surtout au cours de la gestation (Murphy). La proportion des anormaux, débiles, monstres, idiots, microcéphales, prématurés, retardataires, morts-nés est beaucoup plus forte si l'irradiation a lieu durant les deux ou trois premiers mois de la grossesse.

D'après Daniel (1) « pour le fœtus et pour son avenir extra-utérin, le radium paraît singulièrement plus nocif que les rayons de Roentgen ». Lamarque (2) a cependant observé une femme enceinte de 4 mois, qui a été soignée pour néoplasme du col par le radium, et dont l'enfant extrait par césarienne vit normal depuis un an environ (alors que la mère est morte de récidive cinq mois après la naissance).

Pouey (de Montevideo) put contrôler l'évolution normale d'un enfant de 3 ans, né un peu avant le terme d'une gros-

---

(1) Daniel. — Roentgentherapie, fecondité et eugénisme. *Soc. de radiol du littoral méditérrannéen*, 17 Janvier 1932, in *Bull. Soc. radiol France*, p. 91-92.
(2) Lamarque. — Ibid. Discussion, p. 97.

sesse, au cours de laquelle du radium intracervical avait été appliqué au 6e mois ; l'accouchement fut normal.

Karg (de Munich) a pu suivre l'évolution normale de l'enfant dans 8 cas sur 12 où la curiethérapie avait été appliquée pour cancer du col durant une grossesse (1).

Nous versons l'observation suivante aux débats ouverts sur cette question.

Mer... Anne-Marie, âgée de 3 ans.

Antécédents héréditaires. — Les parents paraissent indemnes de tare pathologique importante : pas d'alcoolisme, pas de syphilis. Un Bordet-Wassermann du sang a été pratiqué récemment pour le père et la mère et est négatif, ainsi que celui de l'enfant.

La mère a eu quatre grossesses : un fils de 12 ans en bonne santé et de constitution normale, deux fausses couches de deux mois et demi sans raison connue, l'enfant actuel.

Au cours de cette quatrième grossesse la mère s'est aperçue d'un écoulement vaginal rosé, dont elle ne s'est pas préoccupée au premier abord. Quand elle est allée, vers le 3e mois, consulter un médecin pour confirmer l'existence d'une grossesse, le diagnostic de néoplasme du col utérin a été porté, puis confirmé par une biopsie (épithélioma malpighien). Au cinquième mois, elle est adressée au Centre anticancéreux de Marseille, où le Dr Paoli fait à la malade une application vaginale de radium ; un pessaire irradiant est laissé en place une quinzaine de jours. Après réaction vésicale (cystite hémorragique) et rectale, la cicatrisation se fait d'une façon assez rapide.

La malade est envoyée pour accoucher à la clinique obstétricale, car on craint une rétraction du col nécessitant une intervention. Alors que 15 jours avant, au dernier contrôle médical, le fœtus était en présentation céphalique, l'accouchement, lorsque la parturiente entre, au bout normal de son terme en travail à la clinique obstétricale, se fait par le siège.

L'accouchement a lieu sans incident par les voies naturelles. La mère a été revue depuis lors à diverses reprises par le Dr Paoli, qui constate une guérison complète du néoplasme du col.

Histoire de la maladie. — A la naissance, l'enfant née à terme, est petite, ne pèse que 2 kgr. 070. On aperçoit d'emblée qu'elle a une petite tête et que ses fontanelles sont rétrécies. Elle est nourrie au sein et se développe au début assez bien.

Vers le 3e et 4e mois et jusqu'à un an, elle est atteinte fréquemment, après les têtées, de crises de cyanose, avec bave, qui durent parfois un quart d'heure, sans convulsions extérieures localisées ni généralisées.

---

(1) Daniel. — *Physiothérapie et gynecologie 1931.* Maloine, éditeur, p. 371.

On note, à partir du 5e mois, un arrêt, dans le développement corporel. Ses fontanelles, qui sont toujours restées étroites, ne se seraient pas fermées prématurément, d'après les renseignements donnés à la mère par le médecin traitant.

L'enfant ne se sert pas de ses mains pour prendre les objets et son intelligence ne s'éveille pas.

Depuis l'âge d'un an, on remarque des mouvements anormaux, plutôt à type de tremblement que de convulsions, prédominant à droite, survenant soit spontanément, soit quand on la change de linge. Ces tremblements sont actuellement d'assez courte durée, mais ils ont été, à d'autres périodes, plus persistants, réalisant au pied droit un mouvement de pédale presque incessant. Ils ont été momentanément et faiblement améliorés par le gardénal (0,04).

L'enfant ne fait aucun essai de marche. Elle se tient assez facilement et garde la position debout. Elle se servirait plutôt de la main gauche pour la préhension des objets qu'elle laisse rapidement tomber. Elle dort peu et pleure facilement. Elle n'a jamais parlé.

Elle ne peut déglutir les liquides et les demi-liquides, que dans la position couchée.

Au point de vue intellect, elle reconnaîtrait ses parents, sourit un peu, mais d'un sourire automatique et mène une vie presque exclusivement végétative.

Examen. — L'enfant est chétive, pèse 6 kgr. 700 gr.

Debout, elle se tient sur ses membres inférieurs un peu enraidis, les membres supérieurs légèrement fléchis, les mains, surtout la gauche, en flexion souvent accentuée, avec tendance à la rotation externe.

Tout essai de marche est infructueux et augmente un peu la contracture. Le membre gauche se déplace moins bien que le droit.

Au repos cependant il y a très peu d'hypertonie. Les réflexes tendineux ne sont pas exagérés et les plantaires se font en flexion. Dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs restent le plus souvent fléchis.

On constate fréquemment, au cours de l'examen, des sortes de tremblements, réalisant une série de 20 à 30 secousses myocloniques consécutives apparaissant brusquement et secouant surtout la racine du membre supérieur droit où elles débutent et d'où elles se généralisent. Ces crises ne s'accompagnent pas de perte de conscience.

Mais ce qui frappe le plus chez cette enfant, c'est sa *microcéphalie* avec tendance à la scaphocéphalie : tête et surtout crâne petits, aplatissement des temporaux et des pariétaux, front fuyant, avec légère saillie sagittofrontale, se continuant avec la racine du nez (plus apparente encore il y a un an ou deux ans qu'actuellement), oreilles plus volumineuses que ne le comporteraient les dimen-

sions de la tête avec décollement de la partie supérieure du pavillon.

Les mensurations montrent un tour de tête de 37 centimètres. Le diamètre sagittal (racine du nez-inion) est de 20 cent. Le diamètre transversal biauriculaire est de 27, le diamètre transversal passant par le vertex et réunissant les parties les plus saillantes des pariétaux est de 17.

La *radiographie* montre la même microcéphalie. Les fontanelles antérieure, postérieure et latérale sont invisibles. Les sutures ne sont pas soudées. La base du crâne n'est pas anormale.

La voute palatine n'est pas ogivale. L'enfant a 16 dents, mais celles-ci sont petites.

La motilité de la face, des yeux, des pupilles est normale. L'enfant paraît voir et entendre normalement. Les réflexes de clignement au bruit et à la lumière sont peu vifs et parfois absents.

Le Bordet-Wassermann du sang familial (enfant et parents) est négatif, ainsi que le Hecht.

Une ponction lombaire pratiquée il y a quelques mois ayant ramené du liquide sanguinolent (par piqûre accidentelle), le liquide céphalo-rachidien n'a pu être analysé.

En résumé, il s'agit d'une microcéphalie avec encéphalopathie infantile, retard du développement intellectuel et moteur, tendance à la contracture d'action, surtout à gauche, sans grande hypertonie au repos, attitude athétosique sans mouvements athétosiques, tremblement pseudoconvulsif intermittent.

Cette microcéphalie avec encéphalopathie infantile ne peut être rattachée à une tare familiale. La syphilis, facteur de tant de malformations, n'est pas en cause : l'anamnèse, les examens de laboratoire permettent de la rejeter.

Il faut admettre un trouble de la nutrition de l'œuf *in utero*.

Le cancer du col, constaté dès le troisième mois de la grossesse et préexistant probablement à celle-ci, aurait pu empêcher la fécondation, mais une fois celle-ci faite et la nidation nettement établie, il risquait moins d'intervenir dans la nutrition du fœtus.

L'application de radium, nécessitée par le cancer du col et pratiquée au cinquième mois, a certainement influé sur le développement cranio-cérébral et déterminé cette malformation à la fois du crâne et des circonvolutions cérébrales sous-jacentes. C'est elle qui nous en paraît responsable.

Crises mensuelles d'épilepsie apparues après castration chirurgicale

par M. E. Laubie (de Bordeaux)

Comme toutes les questions ayant trait à l'étiologie de l'épilepsie, les rapports du mal comitial et de la menstruation ont fait l'objet de nombreuses publications et ont suscité des opinions diverses, et même opposées. Il n'est pas dans notre intention de les étudier ici, ni de les rappeler ; ils ont été exposés par Souques dans un article très documenté, paru dans la *Presse Médicale* en 1931 (n° 11), et synthétisés par le Professeur Abadie, avec sa clarté et sa précision d'esprit si appréciées, à la XIIe Réunion Neurologique Internationale (Paris, 31 mai-1er juin 1932) dans son rapport sur les Conceptions Etiologiques modernes sur les Epilepsies. Nous désirons seulement, profitant d'un hasard heureux de la clinique, exposer l'observation d'une femme atteinte d'épilepsie à la suite d'une castration chirurgicale. De tels cas, relativement rares, sont à rapprocher, ainsi que le souligne Abadie, des cas, plus rares encore, d'épilepsie d'involution sexuelle de la femme ou épilepsie ménopausique.

Si l'influence de la menstruation sur les accès comitiaux paraît incontestable à Souques, cet auteur fait justement remarquer l'inégale valeur des faits portés à son actif. Les seuls cas à retenir sont, d'après lui, ceux où :

1° Les symptômes épileptiques ont apparu pour la première fois durant la vie génitale ;

2° Les crises se répètent en synchronisme avec la période des règles, présentes ou absentes.

Ce sont ces cas auxquels on doit réserver le terme d'épilepsie menstruelle. Avec Souques, on peut les diviser en deux groupes : dans le premier, il y a coexistence des règles et des crises ; dans le second, les règles manquent et les crises épileptiques surviennent aux dates où les règles étaient prévues. Tandis que les observations du premier groupe sont assez

nombreuses, celles du second sont exceptionnelles lorsque la suppression des règles est spontanée et pathologique (3 cas de Souques et Gilbrin, 1 cas de Bernard, 1 cas de Perrin et Richard), très rares lorsque cette suppression des règles est d'ordre physiologique (grossesse ou ménopause), un peu moins rares, enfin, lorsqu'elle est provoquée (castration chirurgicale ou radiothérapique).

Mais ces cas d'épilepsie menstruelle, s'ils sont peu fréquents, sont suggestifs et même démonstratifs de l'existence de relations entre la menstruation et l'épilepsie. C'est à ce titre que nous communiquons l'observation suivante :

Mme Joaquine F..., épouse M..., âgée de 26 ans, habitant Bordeaux, où elle exerce la profession de vendeuse dans un magasin d'alimentation, est venue nous consulter pour des troubles éprouvés chaque mois depuis une castration chirurgicale datant de quatre ans, et pour des crises convulsives inconscientes apparues, il y a 2 ans 1/2, et répétées depuis lors à des intervalles irréguliers.

Aucune maladie ni aucune tare ne sont relevées dans la famille de la malade ; le père de cette femme, âgé de 56 ans, est très bien portant, sobre et travaille régulièrement ; la mère, âgée de 50 ans, déclare n'avoir jamais été malade et n'avoir pas eu de fausse-couche ; elle a eu trois enfants, trois filles, dont l'aînée est la malade, la seconde âgée de 24 ans, et la troisième âgée de 18 ans sont en parfaite santé, et aucune de ces enfants n'a jamais présenté de convulsions.

La malade, née à terme, nourrie au sein maternel, a toujours joui d'une bonne santé et n'a présenté aucun retard dans son développement physique et mental ; elle ne signale aucune autre maladie de l'enfance qu'une rougeole à 12 ans et une scarlatine à 13 ans ; aucune complication pulmonaire ni nerveuse ne suivit ces fièvres éruptives.

Réglée pour la première fois vers l'âge de 14 ou 15 ans, la malade le fut ensuite régulièrement, mais dit que ses règles duraient peu : deux jours environ.

Mariée à 20 ans 1/2, elle devient enceinte peu de temps après, sans éprouver de malaises ni de troubles quelconques ; au cinquième mois, la grossesse fut interrompue sans cause apparente ; l'enfant né vivant était normalement constitué mais succomba rapidement. A la suite de cet accident, la malade est atteinte de métro-annexite ; celle-ci, après un traitement médical durant onze mois, se complique d'une pelvi-péritonite, qui nécessite, après quelques jours de glace sur l'abdomen, une intervention : le Docteur Coiquaud découvre à la laparotomie un pyosalpinx double et pratique une hystérectomie et une ovariectomie bilatérale, suivie de drainage

à la Mickulicz. Malgré l'atteinte marquée de l'état général, les suites opératoires sont satisfaisantes et la malade guérit. A sa sortie de la clinique, elle prend, sur le conseil du chirurgien et durant quinze jours chaque mois, deux cachets par jour, dosés chacun à vingt centigrammes, d'ovarine Fournier. Ce traitement est régulièrement continué par elle durant dix-huit mois, et pendant cette période, elle revient à la santé ; mais depuis, et dès le mois qui suit l'intervention, elle ressent chaque mois, à la date présumée de ses règles absentes, des malaises très particuliers : c'est tout d'abord une sensation désagréable de pesanteur, de chaleur épigastrique à trajet ascendant dans la direction du cou, puis une sensation de liquide chaud descendant dans les deux membres supérieurs ; en même temps, la malade, qui pâlit, selon les dires de l'entourage, craint de s'évanouir, s'assied, mais ne perd pas connaissance ; puis, tous ces malaises se dissipent et laissent une sensation de lassitude assez accentuée. Parfois, mais rarement, ils sont suivis de vomissements.

Ces phénomènes se répètent cinq à six fois dans la même journée, un jour chaque mois, durant dix-huit mois, malgré l'absorption d'ovarine, que la malade cesse au bout de dix-neuf mois, soit en décembre 1928. Un mois plus tard, vers le 25 janvier 1929, alors que la santé était parfaite, survient une crise convulsive nocturne : la sœur de la malade, qui couche dans la même chambre, est éveillée vers trois heures du matin par un cri intense de la malade, qui a perdu connaissance et présente des convulsions cloniques généralisées, suivies de cyanose de la face, de perte des urines et de morsure de la langue. Le lendemain, la malade est fatiguée, abattue, se plaint de la tête et a quelques vomissements. Une deuxième crise, identique, survient le mois suivant, vers le 25 février, nocturne encore. De février à août, aucune crise convulsive, mais un jour chaque mois, vers le 25 du mois, la malade éprouve plusieurs des malaises décrits plus haut ; en août, troisième crise, et en décembre, quatrième crise, toujours vers le 25 du mois, et toujours les mêmes malaises, un jour de chacun des mois intercalaires.

En 1930, ces malaises continuent de la même façon et la malade n'a que deux crises convulsives, l'une en avril, l'autre en août, et toujours nocturnes.

En 1931, nouvelle crise le 25 janvier, puis trois crises dans la nuit du 25 mars, enfin deux au cours de la journée du 4 juin ; la première de ces deux fut précédée d'un des malaises habituels. Devant l'augmentation de fréquence des crises, la malade consulte un médecin qui conseille l'absorption de gardénal à la dose de dix centigrammes par jour. Les malaises continuant, la famille nous conduit la malade.

Il s'agit d'une femme robuste, de grande taille, bien proportionnée, pesant 65 kilos, alors qu'avant son mariage, elle avait un poids de 61 kilos. L'examen neurologique ne révèle aucun trouble, ni aucun stigmate ; aux dires de l'entourage, l'humeur aurait subi

de légères modifications, la malade s'irritant facilement, mais aucun trouble intellectuel n'est constaté. Au point de vue des diverses fonctions viscérales, rien n'est à signaler, qu'un éréthisme léger du cœur, avec surélévation des sous-clavières et éclat du second bruit au foyer aortique. La malade refuse prise de sang et ponction lombaire, qui lui sont proposées ; on lui conseille d'associer au gardénal des extraits ovariens à la dose quotidienne de vingt centigrammes par jour, durant dix jours par mois, et on lui demande de revenir nous tenir au courant de son état. Mais elle est perdue de vue.

Cette observation nous paraît bien représenter un exemple d'épilepsie menstruelle, survenue après castration chirurgicale. Quelques points particuliers sont à souligner chez cette malade. Tout d'abord, le début des troubles comitiaux dès le mois qui suivit l'ovariectomie double et le début par des accidents du petit mal, qui se répétèrent par crises durant 19 mois avant de laisser la place, et seulement un mois sur 3 ou 4, à de grandes crises convulsives. C'est l'inverse qu'on observe dans l'épilepsie ménopausique, où il s'agit presque toujours de grandes crises et où les accidents du petit mal sont rares (Abadie). En deuxième lieu, il faut retenir que les accès convulsifs n'ont apparu qu'après la cessation par la malade de l'absorption de l'ovarine, mais dès le mois qui suivit l'arrêt de cette médication. Enfin, le rythme absolument régulier des phénomènes comitiaux, crises ou équivalents, qui se répètent chez la malade chaque mois, à date fixe, avec le rythme des règles absentes. Ces caractères, nous l'avons vu, sont ceux qui permettent de classer ce cas parmi ceux d'épilepsie menstruelle.

Est-ce à dire qu'il s'agit d'une épilepsie due à une insuffisance ovarienne ? C'est la question que de telles observations permettent de poser, mais non de résoudre, car c'est tout le problème des rapports entre l'épilepsie et la menstruation.

Il manque évidemment à notre cas les résultats obtenus par l'opothérapie ovarienne, c'est-à-dire le traitement d'épreuve qui donne à une observation de Souques la valeur d'une expérience physiologique ; une autre lacune est l'absence de contrôle du liquide céphalo-rachidien, pour éliminer tout soupçon de syphilis acquise, malgré l'absence de tout stigmate neurologique. Néanmoins, cette observation nous semble pouvoir être retenue et classée dans le groupe des épilepsies qui suivent la castration chirurgicale, en attendant que soit élucidé le problème étiologique de cette complication, heureusement rare, de la suppression des fonctions ovariennes.

COMMUNICATIONS
D'ASSISTANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE

L'organisation de l'assistance psychiatrique en Algérie

par M. le Docteur Lasnet (*en mission en Algérie*), *Inspecteur général des Services de l'Hygiène et de la Santé publiques*, et M. le Professeur Porot, *Conseiller technique*.

Après de nombreuses vicissitudes, l'Algérie entre dans la période des réalisations. La situation anormale dans laquelle elle se trouve depuis si longtemps vis-à-vis de ses aliénés, souvent dénoncée, va prendre fin.

Un mot d'Historique. — Ce ne sont ni les conseils, ni les projets, cependant, qui ont manqué jusqu'à ce jour, On trouvera dans le Rapport du Professeur Régis, sur l'assistance aux aliénés dans les Colonies, au Congrès de Tunis, l'histoire des quelques conceptions et des quelques ébauches, parcellaires et régionales pour la plupart, qui se sont manifestées avant 1912.

L'année 1912 marque un effort intéressant. Une Commission en partie algérienne, en partie métropolitaine, décida la création d'un Asile colonial à Blida, sur un terrain de 80 hectares offert par la Municipalité. Plans et projets furent étudiés par le Dr Mabille, Médecin-Chef de l'Asile de La Rochelle et le Dr Saliège, délégué financier algérien. En même temps, le Professeur Ardin-Delteil faisait accepter le principe d'une Clinique universitaire psychiatrique à Alger. La guerre suspendit tout.

Le Dr Saliège, grâce à son activité et à son autorité person-

nelle, fit reprendre, après la guerre, la présentation du projet aux Délégations Financières ; mais il disparut avant la réalisation de son œuvre. Toutefois, l'idée était en marche et, en 1924, le Gouvernement général réunit une nouvelle Commission chargée de lui présenter un programme général d'assistance aux maladies mentales. Le Doyen Jean Lépine, de Lyon, en fut rapporteur. S'inspirant des conceptions nouvelles qui se sont fait jour en ces dernières années dans ce domaine, la Commission conclut à la création d'une première ligne d'assistance réalisée par trois services d'observation et de traitement dans les grands Hôpitaux d'Alger, Oran et Constantine, puis d'une deuxième ligne d'assistance qui sera le grand établissement prévu à Blida, pour l'internement des chroniques et des maladies à longue évolution. Elle suggéra également la possibilité de placer des aliénés paisibles ou grabataires dans des quartiers d'Hospices de vieillards ou d'incurables déjà existants.

Ce plan d'ensemble, qu'il a fallu parfois défendre contre des critiques dues à l'ignorance ou contre des intérêts régionalistes exclusifs, reste aujourd'hui la grande idée directrice des réalisations que nous poursuivons et dont nous allons donner un aperçu.

Un mot, au préalable, sur les besoins et la situation actuelle de la Colonie.

Les données actuelles du problème. — Il serait malaisé d'indiquer exactement le nombre des malades ou invalides mentaux à la charge de l'assistance algérienne. La seule donnée précise est le chiffre des aliénés entretenus aux frais des trois départements dans les Asiles de France : il dépasse 1.400. Mais il nous est arrivé de trouver, au cours de tournées d'inspection, un certain nombre d'aliénés tranquilles ou de déments dans les Hospices ou Asiles de chroniques ou de vieillards.

D'autre part, il n'est pas douteux qu'il y en a beaucoup en liberté, particulièrement dans la population indigène, par insouciance, fatalisme ou respect religieux.

Quant à la cadence annuelle des nouvelles admissions pour les seuls services hospitaliers, nous savons qu'elle est de 160 pour le département d'Alger, de 150 pour le département d'Oran et de 65 pour le département de Constantine, soit 375 par an. Ce chiffre croît de 20 à 30 unités par an.

A cette progression constante, d'une part est venu s'ajouter

le refus — auquel il fallait bien s'attendre — des Asiles métropolitains de recevoir de nouveaux pensionnaires algériens. Aussi a éclaté, depuis deux ans, une situation particulièrement aiguë et vraiment critique.

Il fallait y parer en hâtant les projets en cours et en prenant des dispositions transitoires d'urgence. C'est à quoi nous nous sommes employés, tout en ayant souci de rester dans les directives d'ensemble posées dès 1924.

L'établissement de Blida. — Dans notre esprit, l'établissement de Blida, auquel nous donnons le nom d'*Hôpital Psychiatrique,* doit rester la pièce principale de notre organisation d'ensemble, la grande formation sanitaire d'évacuation de deuxième ligne.

Cet établissement sera colonial, c'est-à-dire qu'il recevra des malades des 3 départements algériens, car nous estimons prématurée toute tentative de décentralisation en cette partie de l'assistance.

D'après les données statistiques rappelées plus haut, il eût été désirable qu'il fût porté d'emblée à 1.200 lits ; mais les crédits alloués par les Délégations Financières pour sa construction (25 millions) ne permettent que la réalisation de 750 lits. Toutefois, tout a été prévu, dans le plan d'ensemble, pour les agrandissements ultérieurs. Les plans en ont été établis par M. Granier, architecte, et le Dr Porot, conseiller technique.

On s'est efforcé, dans la répartition des Pavillons et leur organisation intérieure, de faire bénéficier cette importante formation de tous les progrès et de toutes les dispositions heureuses rencontrés dans les plus récents établissements de France et d'Europe ; mais on n'a pas copié servilement, car il fallait tenir compte des conditions ethniques, géographiques, propres à l'Afrique du Nord.

Une des grosses difficultés à résoudre était le morcellement rendu nécessaire par le jeu de plusieurs facteurs :

1) le facteur *sexe :* cet hôpital spécial, étant unique en Algérie, doit donc être *mixte* (hommes et femmes).

2) le facteur *race :* on ne pouvait prendre la responsabilité de laisser en commun indigènes et européens ; la communauté hospitalière, réalisée dans les autres hôpitaux, ne pouvait intervenir ici, la mentalité morbide des hospitalisés pouvant susciter des réactions dangereuses, à éviter à tout prix.

Ce sont donc quatre grands quartiers, d'emblée, auxquels s'ajoutera celui des enfants.

3) Dans chacun de ces quartiers, les malades sont répartis par *catégorie suivant leur comportement* et l'échelle de leurs réactions. Il a été prévu, à cet égard, quatre subdivisions par quartier :

Agités.
Malades à surveillance continue.
Grabataires et gâteux.
Calmes et travailleurs.

étant entendu que certains papillons seront mixtes (par exemple, agités hommes avec une aile indigène et aile européenne).

On a évité le type « standard » et cherché, pour chaque catégorie de malades, le bâtiment spécialement conçu et spécifiquement adapté, pourrait-on dire, aux modalités réactionnelles des sujets.

Un Pavillon d'admission et une Infirmerie complètent les 750 lits prévus.

Les services hospitaliers des villes. — Ils se réduisent, à l'heure actuelle, à des quartiers strictement cellulaires, agrandis parfois sous la poussée des nécessités, mais toujours suivant le mode cellulaire : une vingtaine de cellules à Alger; 34 à Oran ; 12 à Constantine.

La cause principale de cet anachronisme regrettable est que, jusqu'à ces dernières années, l'aliéné n'était là qu'en passant, attendant son transfert dans un asile métropolitain. On n'avait pas à se soucier d'une organisation sérieuse de traitement, et tout l'effort de l'assistance se portait sur des catégories de malades qu'on ne pouvait soigner que sur place.

Les directives de 1924 ont cependant porté leur fruit. Des crédits sont votés pour des services de psychiatrie modernes à l'Hôpital d'Oran (55 lits) et de Constantine (20 lits). A Alger, un service de neuro-psychiatrie de 60 lits, prévu depuis un certain temps, va ouvrir en octobre ; la moitié seulement en sera réservée à l'assistance et à l'enseignement clinique psychiatriques.

Une formation plus vaste et plus autonome eût été désirable. Il faudra prévoir avant peu l'extension de cet organisme de première ligne.

Service social-dispensaire d'hygiène mentale. — Un service social d'hygiène mentale commencera à fonctionner dès l'ou-

verture de ce service et lui sera annexé. Une consultation gratuite permettra aussi le dépistage précoce des troubles mentaux, non seulement ouverte au public, mais en liaison avec les services de police.

Mesures transitoires. — L'Hôpital psychiatrique de Blida ne pouvant jouer son rôle de pleine absorption avant 3 années, l'engorgement que nous avons signalé plus haut, par arrêt de l'écoulement vers les asiles métropolitains, nous a amené à envisager des dispositions d'urgence :

Adjoindre aux cellules existantes (réservées aux seules agités) d'un certain nombre de lits prélevés sur d'autres pavillons dans les hôpitaux généraux ; aménager, dans certains hospices des départements, des pavillons spéciaux pour malades tranquilles ; en un mot, mettre chaque département à même de garder, s'il le faut, sur place, pendant 12 à 18 mois, les malades qu'on ne peut rendre aux familles, ni encore interner à Blida.

La grande aisance fournie par la cession à la Colonie d'un certain nombre d'hôpitaux militaires désaffectés facilitera ces remaniements dans la population des chroniques.

En outre, 2 pavillons existant depuis quelques années sur le terrain de Blida (réservés, dans le plan d'ensemble, aux enfants), vont être de suite aménagés pour recevoir 110 malades adultes.

Nous espérons pouvoir ainsi conjurer la crise aiguë à laquelle nous nous trouvons acculés.

Les enfants anormaux. — Le Gouvernement général s'est préoccupé aussi de la question des enfants arriérés et anormaux.

Une Commission, dont le Dr Dumolard était rapporteur, a conclu, sur le terrain pédagogique, à la création de nouvelles classes spéciales (il en existait deux déjà à Alger) dans les trois grandes villes Alger, Oran et Constantine, et à la création dans chacun des trois départements d'un Internat avec école de plein air et instruction professionnelle.

Pour les enfants anormaux, socialement irrécupérables, nous avons prévu, dans chacun des départements, une section garçons et une section filles, annexés à des hôpitaux-hospices déjà existants : Douera et St-Cyprien-des-Attafs, dans le département d'Alger; Bône (Hospice coll. et El-Arrouch, dans le département de Constantine ; Aïn-Temouchent et Misserghin, dans le département d'Oran.

Plusieurs de ces établissements ont déjà, du reste, des enfants idiots et épileptiques.

Les cadres médicaux. — Une Commission spéciale d'études pour le recrutement du personnel des services de psychiatrie, réunie le 23 juin, a décidé de faire appel dès à présent à des médecins du Cadre des asiles de France.

Leur statut est en préparation et leur assurera une échelle de traitement conforme à celle de la Métropole avec la majoration coloniale et une indemnité de déplacement, ainsi que leur rattachement à la caisse des retraites.

Ces médecins relèveront directement du Gouvernement général et sont, en principe, destinés à l'Hôpital psychiatrique de Blida. Mais, à titre de disposition transitoire, deux d entre eux seront détachés à Oran et à Constantine auprès des aliénés gardés en attente dans ces départements.

Dans chacun de ces départements, le médecin-spécialiste aura à assurer quotidiennement le service hospitalier de la ville et fera une visite périodique aux quartiers d'hospices où se trouveront des aliénés tranquilles ou des enfants anormaux.

L'opothérapie épiphysaire dans les troubles de l'évolution du langage

par MM. Laignel-Lavastine et H.-M. Fay

Nous avons utilisé, depuis trois ans, l'épiphyse dans les retards de l'évolution du langage. De nos 32 observations, nous avons pu dégager quelques faits précis relatifs à l'action thérapeutique de cette glande. Nous avons en outre observé quelques cas de macrogénitosomie. Nous pensons qu'il n'est pas inutile de résumer ici ces dernières observations car elles éclairent un peu leur pathogénie en montrant que s'il est légitime de supposer que la pinéale y joue un rôle, ce rôle reste limité à l'évolution précoce du langage, alors que cette glande paraît sans action sur le développement des caractères sexuels secondaires.

Voici ces trois observations, en bref.

D..., garçon. A l'âge de 3 ans, présente la taille d'un enfant de 7 à 8 ans. Il est gros, présente un bourrelet pubien très marqué. Intelligence d'un enfant de 6 ans au moins, vocabulaire remarquablement étendu. La région pubienne est bien fournie de poils assez longs, la verge a l'apparence de celle d'un jeune homme de 16 ans ; les érections sont fréquentes et se reproduisent toutes les fois où il a besoin d'uriner. Testicules gros comme des haricots. Aucune tendance à l'onanisme.

A l'âge de 5 ans, on ne peut plus le garder à l'école maternelle, parce qu'il ne peut plus uriner sans être un objet de curiosité pour ses camarades, ce qui le met dans de vives colères. *Son intelligence* et sa taille justifiaient son passage dans une classe préparatoire de garçons.

A 9 ans, il avait un peu de barbe et la voix avait mué ; il ne présentait rien qui put faire songer à un appétit sexuel précoce. Son vocabulaire est toujours assez riche.

R. B..., 9 ans, garçon, taille 1 m. 37, poids 33 kg. 500. Poils pubiens un peu développés, verge d'un enfant de 14 ans environ, testicules petits ; érections fréquentes sans tendance à l'onanisme. Aurait, d'après sa mère, présenté un développement précoce de la parole

et du vocabulaire : il était très bavard. Actuellement, son vocabulaire paraît normal. A la suite d'un évanouissement apparemment dû à une émotion (c'était chez le dentiste), on lui administra un traitement par le sulfarsénol. Ce traitement aurait favorisé l'accélération rapide de la croissance, ralenti le développement intellectuel et favorisé l'éclosion d'une certaine agitation motrice qui persiste encore. Actuellement, on constate un léger retard mental (que j'impute au sulfarsénol, d'autant que ce n'est pas là une observation isolée) ; la taille est élevée, adiposité pubienne marquée, instabilité motrice et mentale ; aucun signe d'hérédo-syphilis. Son frère, aîné de 1 an 1/2, est de taille plus petite et présente également un peu d'instabilité motrice.

H..., 7 ans, garçon, gros enfant de taille un peu-dessus de la moyenne de son âge, développement notable du système pileux pubien, verge assez volumineuse, testicules petits, sans tendance à l'onanisme. Instable moteur, d'intelligence un peu inférieure à la moyenne, à vocabulaire plutôt pauvre.

Dans le premier de ces cas, seul le syndrome macrogénitosomique est complet. Chez les deux autres, les troubles sont limités aux caractères sexuels secondaires, auxquels s'ajoute l'agitation motrice. Quant à la débilité mentale observée dans ces 2 derniers cas, elle se rattache probablement chez le premier sujet à des convulsions, tandis que chez l'autre la cause nous a échappé faute d'avoir pu nous-même interroger la famille.

L'usage de l'épiphyse, même prolongé, chez l'enfant, nous a paru agir électivement sur l'évolution du langage, sans jamais favoriser l'apparition précoce des caractères sexuels secondaires. C'est la raison qui nous fait supposer que dans le syndrome macrogénitosomique, *si* l'épiphyse prend quelque part, c'est exclusivement sur l'évolution précoce du langage si frappante dans la première observation, et passagère dans la seconde. Remarquons enfin que dans aucun des cas observés, et dont l'analyse va suivre, nous n'avons noté le développement anormalement faible des organes génitaux externes, non plus que la curiosité sexuelle précoce.

Nos observations ont été groupées sous 4 chefs.

1. *Audi-mutité par agnosie auditive d'évolution.* — Cette forme d'audi-mutité est assez rare. *Worster-Drought* et *Allen* en ont trouvé 50 cas dans la littérature médicale (1930) ; ils la décrivent sous le nom de « congenital auditory imperception ».

Nous en avons observé un cas, caractérisé par une audition normale avec absence presque totale de parole articulée, sans trouble endocrinien reconnaissable ni signe de lésion cérébrale (aucun trouble moteur), intelligence normale, émotivité forte, timidité. Notre malade présentait, au début de notre observation, une incompréhension totale du langage parlé, avec faculté assez grande de la lecture sur les lèvres, incompréhension des sons musicaux, mais enregistrement du rythme et reconnaissance des bruits (oiseaux, chemin de fer, papier froissé, etc...). Pas de trouble de l'agnosie visuelle. Nous avons commencé à suivre l'enfant à l'âge de 8 ans. Après quelques semaines d'observation, il fut mis au traitement épiphysaire. L'amélioration de l'agnosie auditive et de la parole se produit aussitôt. Les progrès, très marqués pendant le premier mois, s'arrêtent ensuite. Après une interruption d'un mois de traitement, celui-ci est repris pour un mois, puis interrompu et recommencé sur le même rythme. Après un an et demi de traitement, l'enfant comprend presque tout ce qui lui est dit (dans l'ordre concret), même quand son interlocuteur est très éloigné (10 à 15 mètres) et ne peut être vu ; il parle très suffisamment pour ne pas paraître anormal à ses camarades. Il va même à l'école et commence à y prendre les premiers rudiments de l'instruction. Il chante et répète correctement les airs entendus. Il n'est pas invraisemblable d'admettre que, dans un temps relativement court, son mutisme par agnosie auditive ne laissera plus de trace.

II. *Audi-mutité avec retard mental et signes de lésion organique.* — Quoique M. Jacques Ley ait très justement décrit divers types d'audi-mutité avec retard mental, nous ne croyons pas utile de suivre ici cette classification, parce que, d'une façon générale, les malades de cette sorte, que nous avons traités par l'épiphyse, n'ont pas semblé tirer un bénéfice de ce traitement.

Nous avons 5 observations présentant les traits communs suivants : ce sont des garçons de 7 à 11 ans, ne parlant pas ou prononçant au plus 5 ou 6 mots, mais comprenant le langage parlé, aimant écouter la musique, très turbulents et instables tant moteurs que psychiques, peu intimidables, avec retard mental très notable et confinant à l'imbécillité, présentant enfin des signes moteurs d'une lésion organique centrale. Dans un des cas, la déchéance a suivi une encéphalopathie infantile survenue à 1 an 1/2.

L'épiphyse a, chez ces malades, produit une agitation notable. sans résultat utile sur l'évolution de la parole, sauf, peut-être, dans un cas.

III. *Surdi-mutité incomplète.*

Il s'agit d'une fillette de 8 ans, dont l'audition est congénitalement très défectueuse, présentant un syndrome de Little peu marqué, sans troubles mentaux autres qu'un léger retard. Sa parole est celle d'une sourde-muette qui lit assez bien sur les lèvres. Vocabulaire limité à une cinquantaine de mots, dont 5 à 6 verbes.

Son état s'était aggravé par le traitement par l'acétylarsan, et par divers sels de mercure. Du jour où nous avons eu à diriger l'enfant, nous avons commencé par essayer un traitement mercuriel qui fut aussitôt mal toléré. Il fut interrompu et l'enfant mis à un traitement alternativement d'épiphyse et d'hypophyse totale (ce dernier justifié par les signes morphologiques). L'amélioration de l'état général a été très marquée et la parole a fait quelques légers progrès depuis les 4 mois qui l'ont suivi.

IV. *Retards de la parole avec léger retard mental.*

Nos observations portent sur 22 cas, presque tous des garçons. Il s'agit d'enfants ayant une audition normale, mais ayant présenté les signes les plus divers de retards dans leur évolution motrice et mentale. Marche tardive, premiers mots passé 2 ou 3 ans, anomalies de la réflectivité, de la synergie, retard mental enfin n'excédant pas l'arriération avec éducabilité. Dans ces cas, l'épiphyse a donné, dans 16 cas, une amélioration très marquée de la parole, caractérisée par l'augmentation rapide du vocabulaire, un perfectionnement dans la construction de la phrase et une plus grande appétence pour l'expression verbale. Les progrès observés se sont tuojours produits par paliers successifs ; il nous a paru qu'il y a intérêt à interrompre le traitement sensiblement chaque mois par une durée d'une quinzaine de jours, afin de provoquer plus aisément l'accession vers un nouveau palier.

Dans aucune de nos observations nous n'avons remarqué la moindre action sur le développement des organes génitaux ou du système pileux. Dans quelques rares cas une légère turbulence, aisément calmée par de faibles doses de bromure, a été observée. Enfin les meilleurs résultats thérapeutiques ont toujours été vus soit dans notre clientèle privée, soit chez des enfants soigneusement traités par leurs parents. Dans une de nos observations, le maître de l'enfant savait à deux jours près les interruptions de traitement dues à la négligence familiale, en raison de l'arrêt des progrès et d'une légère régression.

Le traitement épiphysaire ne donne, en effet, de résultats

durables qu'autant qu'il est poursuivi longuement, avec seulement de courts arrêts ; les progrès sont suivis d'une régression presqu'égale si après un mois le traitement est définitivement interrompu.

Nous avons donné la préférence à l'administration par la voie buccale de 0 gr. 10 cgr. de poudre d'épiphyse par jour, en raison des difficultés pratiques de faire faire des injections dans les familles peu fortunées ; les résultats nous ont d'ailleurs paru meilleurs avec les cachets qui déterminent moins de turbulence que les piqûres.

Enfin, il convient de noter que les résultats sont d'autant meilleurs que l'arriération mentale est moins marquée. Nos trois dernières observations portent sur deux imbéciles et un idiot. Dans un des cas d'imbécillité, l'amélioration a été très modérée, dans l'autre cas, comme chez l'idiot, il a été nul.

Concluons : dans les retards de la parole dus à l'audi-mutité par agnosie auditive ou accompagnés d'un léger retard mental, l'épiphyse constitue un traitement de premier ordre. Dans les retards de la parole dans l'audi-mutité avec lésions centrales manifestes, ou dans l'arriération profonde toujours symptomatique de lésions étendues des centres, les résultats sont négligeables ou nuls.

Les indications de la malariathérapie en psychiatrie

par M. Paul Verstraeten (de Gand)

Depuis de nombreuses années, le traitement par la malaria provoquée me donne des succès non seulement chez les syphilitiques, mais aussi chez des malades paraissant indemnes de toute contagion ou d'hérédité syphilitique.

Déjà au Congrès d'Anvers, en 1928, j'avais publié quelques résultats favorables, dus à l'impaludation ; je ne crois pas inutile d'en reparler aujourd'hui. Les indications se précisent, et en l'absence de thérapeutique plus efficace que les chocs, j'estime que l'on doit conseiller ce traitement — considéré actuellement comme sans danger — dans les cas suivants :

1° Paralysie générale

Comme l'immense majorité des praticiens, je crois que la malariathérapie est indiquée chez tout paralytique général, jeune ou vieux, s'il n'est pas cachectique. Six à dix poussées fébriles, pas davantage, c'est inutile et parfois dangereux ; mieux vaut réinoculer le malade une seconde fois, deux ou trois mois plus tard, si le premier résultat est nul ou insuffisant.

L'efficacité de ce choc thérapeutique dépend surtout du stade de la maladie, mais je rappelle aussi que l'expérience a démontré l'inutilité de l'impaludation préventive chez les syphilitiques non paralytiques généraux. Basant ma statistique sur huit années, pour l'ensemble des malades aux diverses périodes de la paralysie générale, internées à l'Institut Caritas, j'ai obtenu 50 % de résultats favorables (améliorations sérieuses et guérisons plus ou moins complètes à tous points de vue).

Ce n'est pas un traitement à instituer à domicile, car ces malades, même ceux qui paraissent calmes et doux, peuvent, sous l'influence de la fièvre, devenir violents et dangereux.

Le stovarsol ne m'a pas donné de succès comparables à ceux-là, et je réserve la thérapeutique arsénicale aux paralytiques généraux ambulants, refusant l'hospitalisation.

2° Psychose maniaco-dépressive

A mon avis, est justiciable de l'impaludation, tout accès qui devient inquiétant par sa longue durée et l'échec des traitements usuels ; il faut, en « choquant » le malade, tenter d'abréger cet accès, — théoriquement curable, — pour prévenir certaines complications très graves telles que la cachexie par sitiophobie ou l'état confusionnel.

J'ai constaté que les accès maniaques sont plus favorablement influencés que les accès dépressifs. A la Société de Médecine Mentale de Belgique. j'ai communiqué récemment les résultats obtenus à Caritas dans les 20 derniers cas de syndrome d'excitation d'allure maniaque et les 20 derniers cas de syndrome dépressif et j'ai noté, pour les maniaques, 16 succès et 4 échecs, et pour les déprimées 9 succès et 11 échecs.

Pour les formes légères, de courte durée et fréquemment récidivantes, l'impaludation est tout à fait contre-indiquée.

3° Autres psychoses non syphilitiques

Les échecs constants — car les quelques résultats favorables, enregistrés à Caritas, furent éphémères — dans toutes les formes *fixées* de la démence précoce et de la schizophrénie, ont évidemment jeté le discrédit sur cette thérapeutique, mais aux psychoses chroniques fixées, il convient d'opposer les psychoses subaiguës non fixées dont le diagnostic, en raison de notre ignorance en pathogénie psychiatrique, ne peut être précisé avec certitude.

S'il est vrai de dire que la démence précoce commençante ressemble parfois à s'y méprendre, par son négativisme, par ses états d'excitation et de stupeur et souvent par sa périodicité du début, à la psychose maniaco-dépressive, il convient cependant de ne pas trop synthétiser sans preuve à l'appui, et de ne pas étiqueter : « schizophrénie, démence précoce » non seulement les diverses formes de la psychose périodique typique, mais encore certains délires polymorphes sans lésions anatomopathologiques actuellement connues et dus peut-être à un ébranlement neuro-végétatif.

Or, j'ai constaté que bon nombre de ces psychoses sub-

aiguës mal définies et non influencées par la thérapeutique usuelle, furent guéries peu de temps après la malariathérapie ; sans cette intervention, une évolution démentielle eût été à déplorer peut-être !...

Personne ne met en doute d'ailleurs l'efficacité des chocs curatifs — surtout s'il y a ébranlement neuro-végétatif — et le meilleur d'entre eux est, je crois, le choc protéinique provoqué par les maladies infectieuses.

Discussion

M. Achille Delmas (d'Ivry-sur-Seine). — Qu'on me permette de souligner l'intérêt de la communication de M. Verstraeten. D'une part, elle confirme la notion qui paraît maintenant établie, que les chocs n'agissent point quand l'accès maniaque ou mélancolique est déclenché, ni tant que dure la période d'état, mais seulement quand débute la période d'amélioration. D'autre part elle tend à montrer que l'efficacité tient probablement à l'importance des réactions, car le choc pyrothérapique de l'impaludation est sans doute le plus intense de ceux que nous pouvons produire et c'est à cela que doivent tenir les résultats vraiment impressionnants que nous apporte M. Verstraeten. Pour ma part, je suis décidé à utiliser sa méthode ; reste à savoir comment des malades, souvent lucides, et conscients, et leur famille, voudront accepter une thérapeutique, sans danger, certes, mais pénible et fatigante.

M. G. de Clérambault (de Paris). — Vers 1840 ont eu lieu en Belgique des essais répétés de cure de l'épilepsie par la pyrétothérapie. Les malades étaient exposés pendant la nuit, dans les marais, à ce que l'on appelait alors le génie morbide du paludisme. Ces essais restèrent infructueux : mais il s'agissait d'épilepsie. — Des échos de ces tentatives pourront être retouvés dans les premières années des *Annales Médico-Psychologiques.*

M. Art. Donaggio (de Modène) observe, à propos de la remarquable communication de M. Verstraeten, que la malariathérapie n'est pas dépourvue d'inconvénients. Si on l'emploie dans une maladie extrêmement grave comme la paralysie progressive, l'on pourrait peut-être choisir (ainsi qu'on le fait dans plusieurs asiles) d'autres moyens pyrétothérapiques dans

d'autres conditions morbides relativement moins graves. L'orateur rappelle entre autres un moyen de pyrétothérapie qui est tout à fait sans danger, c'est-à-dire la *diathermie générale* qu'il a proposée pour la thérapeutique de la paralysie générale au Congrès de Neurologie de Naples (1923), et qui a donné, dans les mains des auteurs américains, ainsi que de M. Cortesi (de Venise), des pourcentages de guérisons et d'améliorations de la paralysie progressive superposables à ceux qu'on obtient avec la malariathérapie. Tout récemment, M. Trelles s'est occupé de cet argument dans les « Annales Médico-Psychologiques ». On a aussi essayé de provoquer la fièvre artificielle, comme moyen thérapeutique, avec la radiothermie, en obtenant des résultats assez favorables. Peut-être M. Verstraeten a-t-il fait des recherches comparatives qui l'ont conduit à préférer, pour la pyrétothérapie des maladies mentales, même en dehors de la paralysie progressive, la malariathérapie : l'orateur désirerait le savoir.

M. Kohler (de Genève). — Permettez-moi d'ajouter à l'exposé si intéressant de M. Verstraeten ces quelques mots concernant la thérapeutique par le choc dans des états psychopathiques.

Déjà, en 1505, Pilcz, de Vienne, nous cite un cas d'aspect schizophrénoïde dans lequel, après que tout autre traitement se fût montré inefficace, la thérapeutique de choc, avec la tuberculine ancienne Koch, fut prudemment traitée. Il s'agissait d'une jeune fille qui présentait de graves troubles de l'affectivité, de la volonté, de l'intelligence avec des hallucinations, des attitudes de négativisme, bref avec une symptomatologie qui imposait un pronostic sérieux, sinon fatal au point de vue psychique.

Après quelques réactions pyrétiques, Pilcz, malgré son scepticisme, fut obligé de considérer la malade comme guérie et cette guérison se maintint sans rechute jusqu'alors. Depuis lors, des constatations semblables se multiplièrent.

Depuis environ 15 ans, en appliquant la thérapeutique de choc de préférence avec l'ancienne tuberculine Koch à des psychoses différentes, surtout aux « petits mentaux », des cas limites, je me vis contraint de constater la répétition des faits semblables et d'environ 375 cas, je pus suivre pendant plusieurs années, bien plus 50 0/0 avaient pu profiter d'une manière presque incontestable, mais en tout cas d'une

façon durable de cette méthode de traitement inaugurée par Wagner-Jauregg en 1892 contre la paralysie générale, donc avant l'installation de sa malariathérapie en 1917.

Notre opinion et nos constatations devaient d'ailleurs trouver en 1925 leur justification dans la déclaration faite de Wagner-Jauregg même lors du 36e cours international de psychiatrie à Vienne: « Parmi les autres thérapeutiques de choc, dit-il, la microtuberculinothérapie — c'est celle qui évite de produire de fortes poussées thermiques — est digne d'un plus grand intérêt de la part du corps médical. Elle mérite d'être étudiée davantage au point de vue scientifique afin de savoir si l'on ne pourrait pas l'appliquer avec succès à d'autres affections mentales qui n'ont rien de commun avec la maladie de Bayle, à ces affections dites psychoses fonctionnelles qui comportent déjà un pronostic plus ou moins favorable. »

Mas de Bezalu nous avait signalé en 1931 sur l'influence du treponema hispanicum dans des états de démence précoce à condition que leur évolution ne dépasse pas au delà de deux années, Il nous apporte 46 0/0 de rémissions complètes, de guérisons. Il serait trop long de citer d'autres statistiques.

Pour conclure, si d'une part je me déclare d'accord avec l'exposé de M. Verstraeten en ce qui concerne les cas d'aliénations graves, désespérées, des internés dans les asiles et si je suis d'accord d'appliquer dans ces cas des moyens thérapeutiques héroïques, — car, malgré tout, la malariathérapie en est un — d'autre part je me sens contraint de m'y opposer dans des cas où nous avons à faire à des psychoses plus discrètes. Or dans ces cas je crois prudent et utile de suivre le conseil donné par Wagner-Jauregg en 1925, car mon expérience dans cette matière m'a fait apprendre le principe qui devrait nous guider tous, « primum non nocere ».

M. Verstraeten. — Les diverses réactions fébriles provoquées par les chocs curatifs se font par des processus très différents, et je n'ai donné la préférence à la malariathérapie qu'après avoir obtenu, par cette méthode, des résultats très supérieurs à ceux dus aux autres chocs.

Pour ce qui concerne les accès maniaco-dépressifs, je suis d'accord avec M. Achille Delmas : c'est après la phase aiguë que le choc paraît le plus efficace et qu'il est donc le plus indiqué.

L'hyposulfite de magnésium

par M. Léonet,

ex-Chef de Clinique à la Faculté de Lyon.

L'hyposulfite de magnésium n'est déjà plus une nouveauté de la thérapeutique psychiatrique : au Congrès de Bordeaux, l'an dernier, MM. Combemale et Cappelle faisaient à ce médicament l'honneur d'une présentation, et l'excuse que je sollicite d'en parler à nouveau m'apparaît légitimée par le fait que les expérimentations suggérées de divers côtés par la communication princeps de MM. Combemale et Cappelle sont en assez grand nombre pour fournir des éléments d'appréciation qui me semblent dès maintenant suffisants pour permettre de faire le point.

D'autre part, j'ai le grand honneur d'être le collaborateur d'Auguste Lumière, et je ne songe pas un instant à dissimuler qu'à ce titre j'envisage tout l'intérêt qu'il y a pour mon Maître à susciter, par la présente communication, des remarques ou des objections qui viendront accroître l'ensemble des documents théoriques et cliniques qui apportent le contrôle nécessaire à ses expériences *in anima vili,* génératrices, puis vérificatrices, de l'idée majeure qui préside à ses travaux sur l'anaphylaxie.

Actions de l'hyposulfite de magnésium. — Sous le nom d'Emgé, Auguste Lumière donnait l'hyposulfite de magnésium à la thérapeutique.

Quelles sont les diverses actions de ce produit ?

a) Anti-choc. — L'hyposulfite de magnésium est un anti-choc ; entendons par là que la foule des manifestations dues aux floculations des colloïdes humoraux sont prévenues, arrêtées radicalement ou simplement atténuées par son action.

En dehors des résultats cliniques, nous avons deux bases d'une incontestable objectivité, qui démontrent tout ensemble la légitimité de l'interprétation du choc comme phénomène

de floculation colloïdale et le pouvoir préventif et curateur de l'hyposulfite de magnésium à l'égard des accidents qui en résultent.

Les effets de choc provoqués par l'injection intra-veineuse ou intra-cardiaque de précipités chimiquement inertes (sulfate de baryte, encre de Chine, bleu de Prusse), ces effets si brutaux sont anihilés par l'hyposulfite de magnésium ; or, ces effets sont en tous points comparables aux chocs anaphylactiques déclanchés par l'injection déchaînante chez un animal préparé avec une protéine donnée. Et pareillement, l'hyposulfite de magnésium employé préventivement rend inopérante l'injection déchaînante ou, si la crise est déclanchée, il la fait tourner court.

Le second argument est la modification apportée par l'hyposulfite de magnésium aux séro-floculations, selon la méthode de Vernes. Pour ne citer qu'un chiffre, nous avons pu observer un index photométrique d'une séro-floculation au péréthynol atteignant 111 sans hyposulfite de magnésium et zéro avec hyposulfite de magnésium.

b) Vagotrope. — L'hyposulfite de magnésium administré par voie intra-veineuse est un médicament puissamment vagotrope : en effet, cette injection provoque un ensemble de phénomènes en tous points comparables à ceux qui résultent d'une inhalation de nitrite d'amyle.

c) Excitateur des glandes digestives. — L'hyposulfite de magnésium pris par la bouche est un cholagogue, un excitateur des fonctions pancréatiques, se comportant, en outre, comme un co-ferment des enzymes intestinales et pancréatiques.

Même pris par la bouche — et par un mécanisme que nous connaissons mal — l'hyposulfite de magnésium se révèle un désensibilisateur : il empêche, en particulier, la crise thermale, d'après MM. Anglade et Corone.

Pour ne pas sortir du domaine de la psychiatrie, citons que M. Rémi Courjon l'a utilisé chez ses anxieux après avoir observé une désensibilisation chez un jeune sujet qui présentait une idiosyncrasie à l'égard du chocolat ; désensibilisation obtenue à l'aide de quelques comprimés d'hyposulfite de magnésium.

Dans l'épilepsie, M. Perret obtient, par voie buccale, des résultats à peu près identiques à ceux qui résultent de l'administration parentérale du produit.

En résumé : Trois idées directrices donc ont présidé à l'usage

psychiatrique de l'hyposulfite de magnésium : MM. Combemale et Cappelle, M. Hyvert, et la majorité des auteurs, l'ont choisi parce qu'anti-choc.

M. Rémi Courjon et quelques autres lui ont demandé d'exercer une action digestive.

Moi-même l'ai proposé parce que puissant modificateur de l'équilibre neuro-végétatif.

Indications de l'hyposulfite de magnésium. — L'incertitude qui demeure quant à l'étiologie et à la physiologie pathologique de la majorité des psychoses devait nécessairement laisser une grosse part d'imprécision dans la détermination des indications thérapeutiques de l'hyposulfite de magnésium. Les essais, en maintes circonstances, ont été une « pêche en eau trouble », aussi bien, est-ce *a posteriori*, et d'après les résultats observés, qu'on peut apporter quelques notions précises sur les indications.

Anxiété. — La communication de MM. Combemale et Cappelle, faite à Bordeaux, l'an dernier, apportait les résulats obtenus dans l'anxiété ; M. Combemale a bien voulu nous faire part plus récemment de son impression générale : « Toutes « les formes d'anxiété ne cèdent pas à l'Emgé. Certaines sont « simplement atténuées, d'autres merveilleusement jugulées. « Dans les accès maniaques francs, je n'ai rien obtenu de « précis ; dans les accès mélancoliques simples, peu de chose « aussi, sauf une certaine stimulation avec sentiment moins « accusé de lassitude. »

Cyclothymie. — M. le Doyen Lépine a bien voulu inspirer un travail à son élève Chaillet, qui a traité des maniaques et des mélancoliques, et qui conclut : « Chez certains de nos mala- « des, la médication a nettement diminué la durée de l'accès. « Dans un cas assez démonstratif, sous son influence, l'inter- « valle lucide est passé de trois semaines à trois mois envi- « ron. Dans tous les cas, l'action a été évidente sur les paro- « xysmes d'agitation anxieuse ou maniaque. Action parfois « passagère, durant de six à sept heures, mais d'une netteté « toujours manifeste. Par contre, cette action ne semble pas « très accusée sur les états dépressifs simples, non plus que « sur l'excitation psychique de l'hypomaniaque ; encore, dans « les formes récidivantes, les accès peuvent-ils s'espacer. »

Mélancolie. — Les observations de M. Rémi Courjon portent surtout sur des mélancoliques qu'il a traités par de l'Emgé

administré *ab ore :* ses résultats sont satisfaisants, sans plus, mais assez encourageants toutefois pour que, chez ses mélancoliques, et surtout lorsque l'état digestif l'indique, l'administration d'hyposulfite de magnésium soit systématique.

Manie. — MM. Mestrallet et Larrivé publient vingt observations d'où il leur apparaît ressortir que l'action de l'hyposulfite de magnésium se limite aux seuls accès maniaques purs de la psychose maniaque-dépressive, dans laquelle les résultats sont brillants, alors qu'ils sont négligeables dans le syndrome maniaque symptomatique.

Epilepsie. — Au début de son expérimentation, M. Hyvert résumait ainsi ses constatations chez les épileptiques : « Sans « médication adjuvante, les crises s'espacent et finissent par « disparaître. Elles reviennent si on cesse le traitement. »

Plus récemment, il apporte ce correctif important : la notion que l'activité de la médication s'épuise au bout d'un certain temps. D'autre part, il s'est livré à des essais comparatifs entre l'hyposulfite de soude et l'hyposulfite de magnésium, essais qui permettent de conclure qu'avec le sel sodique, le résultat est certainement moins net qu'avec le sel magnésien.

M. Perret, dans l'épilepsie également, note des « résultats « très nets sur la fréquence des crises, dont le nombre aug- « mente quand la médication par l'Emgé est supprimée, et « malgré l'absorption des mêmes doses de gardénal et de « tartrate borico-alcalin. »

Actions diverses. — M. Perret a bien voulu me signaler, sans plus de précision, une action stimulante de l'hyposulfite de magnésium chez les nerveux.

J'ai eu enfin la relation d'un seul cas de démence précoce ayant été manifestement sensible à l'action du médicament ; il s'agit d'une malade de M. Bériel.

En résumé : Nous pouvons noter qu'à l'heure actuelle, les indications semblent se borner aux cas de manie, d'anxiété et à l'épilepsie. Je tiens systématiquement à négliger ici les indications qui peuvent être opportunes chez des malades mentaux, mais qui ne sont pas spécifiquement psychiatriques.

Technique d'emploi. — Quant à la technique de l'emploi de l'hyposulfite de magnésium, on peut synthétiser l'ensemble des observations en notant que des résultats vraiment très frappants sont obtenus par l'injection intra-veineuse d'une solution à 10 0/0. La posologie de chaque injection et leur rythme

varient avec les auteurs : MM. Combemale et Cappelle tiennent à tâter la susceptibilité des malades pour n'atteindre 10 cc. que progressivement. MM. Mestrallet et Larrivé ont injecté d'emblée et quotidiennement 30 cc. Dans l'épilepsie, M. Hyvert note que « des piqûres faites à intervalle assez éloigné (5 à « 6 jours) sont plus efficaces que des piqûres rapprochées. »

Pour la majorité des auteurs, sauf M. Rémi Courjon et M. Adam, les voies intra-musculaire et buccale ne sont que des modes secondaires, utilisés à titre d'adjuvant.

Très nettement, dans l'épilepsie, M. Perret reconnaît une activité égale à l'hyposulfite de magnésium administré *per os* ou par injection.

Ab ore, l'hyposulfite de magnésium s'administre sous forme de comprimés dosés à 0 gr. 60, que le malade absorbe à dose d'ailleurs éminemment variable, la dose optima étant celle qui est immédiatement inférieure au seuil qui provoque une légère diarrhée.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU CONGRÈS
tenue à l'Hôtel de Ville de Limoges
le 27 juillet 1932

PRÉSIDENCE : M. le Doyen EUZIERE

président de la XXXVI[e] session

M. EUZIÈRE, *président*. — La parole est à M. le Dr VIGNAUD, trésorier du Congrès.

RAPPORT DU TRÉSORIER

M. VIGNAUD, *trésorier*. — Quand l'Assemblée générale de l'Association du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française m'a désigné, sur la proposition du Conseil d'Administration, pour remplir les fonctions de trésorier, je n'ai pas cru devoir me dérober, bien que déjà très pris par mes occupations professionnelles.

Je tiens à vous remercier, Messieurs, de cet honneur et de cette marque de confiance. Je dois vous avouer cependant que j'ai cédé aux instances de notre distingué Secrétaire général, mon excellent ami, le Docteur René Charpentier. Il m'a suffi de lui apporter ma modeste collaboration depuis quelques mois pour me rendre compte, comme vous le savez tous d'ailleurs, des services inappréciables qu'il rend à notre Association, grâce à sa prodigieuse activité, son dévouement inlassables, le travail considérable qu'il fournit pour la préparation de nos Congrès, et enfin un désintéressement auquel je me fais un devoir de rendre hommage.

Quand il m'a confié votre trésor, le 1er mai 1932, il m'écrivait la lettre suivante :

MON CHER AMI,

J'ai l'honneur de vous remettre, avec les pièces comptables à l'appui, l'actif du compte du Congrès des médecins aliénistes et

neurologistes de France et des Pays de langue française. Il n'y a aucun passif.

Lorsque je fus chargé de la trésorerie, il y a bientôt douze ans, le mardi 3 août 1920, mon prédécesseur, le Dr René SEMELAIGNE exposa ainsi la situation de la caisse de réserve du Congrès.

1er. — En valeurs au cours du jour :	
390 fr. de Rente française 3 0/0	7.855 50
243 fr. de Rente française 4 0/0 1917	4.329 »
2e. — En espèces	2.064 22
Soit, total	13.978 72

Au lendemain de la guerre, en une période économique troublée, ce résultat devait être considéré comme remarquable. Il a permis la survie du Congrès et son développement ultérieur.

Ce développement me permet de vous remettre aujourd'hui les valeurs et espèces suivantes :

1er. — Valeurs au cours du 30 avril 1932 (terme 1er cours) :	
2.000 fr. de Rente française 3 0/0 (77,67)	51.780 »
1.000 fr. de Rente française 4 0/0 1917 (93,20) ..	23.450 »
5.800 fr. de Rente française 4 0/0 1918 (92,95) ..	134.777 50
Total	210.007 50
2e. — En espèces	2.371 78
Total général	212.379 28

Soit un capital de 212.379 francs, 28 centimes, représentés par 8.800 francs de Rente française et 2.371 francs 78 centimes en espèces.

La baisse générale des titres depuis un an a diminué un peu la valeur en capital des Rentes françaises qui composent l'avoir du Congrès, mais cette baisse est vraisemblablement temporaire. D'ailleurs, le Congrès n'ayant pas de raison d'envisager la vente de ces titres, cette baisse le touche peu et ses revenus annuels augmentent régulièrement.

Je me réjouis de la modification de l'organisation du Congrès ; l'organisation nouvelle nous donne l'occasion d'une collaboration dont je suis heureux et pour laquelle vous pouvez compter sur mes sentiments les plus amicalement dévoués.

René CHARPENTIER.

J'ai procédé à la vérification de la comptabilité de M. René Charpentier, vérification qui a été des plus simples, puisque cette comptabilité ne comptait que des recettes et qu'il n'y figurait pas de dépenses, donc pas de sorties d'argent.

Je prie, Monsieur le Président, de vouloir bien vous proposer de donner à M. le Docteur René Charpentier quitus de sa gestion.

(L'Assemblée consultée en décide ainsi, à l'unanimité des membres présents).

Je m'efforcerai, fidèle aux sages, bienveillantes et fermes directives qu'il a su donner à notre Congrès, de marcher sur les traces du Docteur René Charpentier, pour faire prospérer à mon tour votre Trésorerie.

COMPTE RENDU FINANCIER

(Bordeaux, 7-12 avril 1931)

Le compte rendu financier de M. le Docteur D. Dedieu-Anglade, secrétaire général de la XXXV[e] session, s'établit ainsi :

Recettes

1° Cotisations :

Membres titulaires	60 à 75 fr. =	4.500 »
Membres adhérents	166 à 80 fr. =	13.280 »
Membres associés	97 à 50 fr. =	4.850 »
Total		22.630 »

2° Cotisations des asiles :

Château-Picon	15.000 »
1 asile à 500 fr.	500 »
5 asiles à 100 fr.	500 »
33 asiles à 80 fr.	2.640 »
Total	18.640 »
Département de la Gironde	1.500 »
Ville de Bordeaux	3.000 »
Ministère des Affaires Etrangères	10.000 »
Total	14.500 »
4° Exposition des produits pharmaceutiques	10.200 »
5° Participation des membres du Congrès aux excursions ... 250 à 50 =	12.500 »

Total général

	22.630 »
	18.640 »
	10.200 »
	14.500 »
	12.500 »
Total des recettes	78.470 »

Dépenses

Imprimeries Soulan et Pech de Bordeaux	1.560 »
Imprimerie Coueslant à Cahors	12.847 »
Total	14.407 »
Soirée offerte par le Congrès à l'Hôtel de Bordeaux..	12.455 »
Excursion et banquet à St-Emilion	11.410 »
Frais de transport	11.515 »
Frais de secrétariat, gratifications, Grand Théâtre	3.975 »
Total	53.762 »

Total des dépenses : 53.762 fr.
Balance des recettes et des dépenses :

78.470 — 53.762 = 24.708 fr.

Versé à la Caisse du Congrès : 24.708 fr.

Bordeaux, le 5 avril 1932.

Le Secrétaire Général,
Dr Anglade.

Messieurs,

Ces chiffres sont beaucoup trop éloquents pour être commentés, puisque, comme vous le constatez, la grande générosité de tous ceux qui nous ont accueillis en Gironde se traduit par un excédent de recettes de 24.708 fr., versés à la Caisse de réserve de notre Association.

Nous vous proposons d'approuver ces comptes et de voter, par acclamations, de chaleureux remerciements au Docteur Dedieu-Anglade, qui a fait preuve, dans cette Session inoubliable, de qualités remarquables d'organisation, ainsi qu'à tous ceux qui l'ont aidé dans cette tâche. (*Adopté*).

Le *compte rendu financier de l'année 1931* de notre Association s'établit donc ainsi :

Recettes de l'exercice 1931

Avoir en Banque (solde au 1er janvier 1931) ...	4.263 16
Arrérages	8.848 15
Membres à vie (3)	4.500 00
Solde créditeur du Congrès de Lille	20.161 10
Solde créditeur du Congrès de Bordeaux	24.708 00
Total	62.480 41

Dépenses et Remplois de fonds de l'exercice 1931

Frais de Banque et impôts	179 19
Achats 1.000 fr., rente 4 0/0 1918	25.829 30
Achat 500 fr., rente 4 0/0 1918	12.070 40
Total	38.078 89
Le *solde créditeur* au 31 décembre 1931 est donc de :	24.401 52

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. René Charpentier, *secrétaire général.* — Messieurs, mon premier devoir sera de saluer ici la mémoire du Professeur Francotte, de Liége, ancien président du Congrès, et du Dr Viel, de Pont-l'Abbé-Picauville, un des plus fidèles de nos membres, et dont l'alerte vieillesse ne comptait ici que des admirateurs et des amis.

Je dois aussi vous exprimer les regrets de quelques-uns de nos collègues empêchés d'assister à la 36e session : MM. Bourguignon (de Paris), Clarence O. Cheney (Directeur du State psychiatric Institute de New-York), Henri Claude (de Paris), P. Combemale (de Lille), Ern. de Craene (de Bruxelles), Evensen (d'Oslo), Guillain (de Paris), Ladislas Haskovec (de Prague), Dr Lagriffe (de Quimper), Klippel (de Paris), Laignel-Lavastine (de Paris), Henry Meige (de Paris), Niessl v. Mayendorf (de Leipzig), Pactet (de Paris), B. Rodriguez-Arías (de Barcelone), Sebek (de Prague), René Semelaigne (de Paris), A. Tournay (de Paris), J. Vié (d'Ainay-le-Château), Aug. Wimmer (de Copenhague).

Pour la première fois, Messieurs, je n'ai pas à vous soumettre de rapport financier, et je vous remercie d'avoir bien voulu me donner quitus de ma gestion de douze années.

Je voudrais cependant souligner le magnifique résultat obtenu par le secrétaire de l'an dernier, le Dr D. Anglade, médecin-chef de l'Asile de Château-Picon, à Bordeaux. Notre trésorier, le Dr Vignaud, vous en a donné connaissance. Grâce à de généreuses subventions, en particulier grâce à une subvention de 15.000 fr. versée à la Caisse du Congrès par l'Asile de Château-Picon, dont je remercie à nouveau la Commission administrative et le Directeur, M. Gaspa, cette session s'est soldée par un bénéfice de 24.708 francs pour notre Caisse de réserve.

De magnifiques et somptueuses réceptions, au premier rang desquelles il faut rappeler le déjeuner, d'une perfection inégalable, organisé par M. Gaspa à l'Asile de Château-Picon, resteront dans le souvenir de tous. Permettez-moi donc de remercier une fois encore tous ceux, et ils sont nombreux, qui, en intime collaboration avec le Dr Anglade, ont contribué au succès de la 35e session du Congrès.

Permettez-moi aussi de remercier personnellement le Dr D. Anglade, comme ses prédécesseurs des dix sessions antérieures, à l'organisation desquelles j'ai participé, de cette année de préparation confiante et de très cordiale collaboration. J'en garde à tous le plus reconnaissant souvenir.

Messieurs, la transformation du Congrès décidée par vous, à Lille, le 23 juillet 1930, est maintenant accomplie, et notre Association constituée.

Un trésorier, le Dr Vignaud, désigné par vous à l'Assemblée générale du 8 avril 1931, à Bordeaux, a pris possession de ses fonctions. Depuis cette date, il a montré à la fois quels services rendra au Congrès cette fonction appelée à être, en fait, permanente, et à assurer la régularité de l'Administration de notre Association, et combien précieux fut votre choix. Je me permets, en votre nom à tous, de remercier le Dr Vignaud d'efforts dont le résultat seul apparaît et de le féliciter de son très complet succès.

La prospérité de notre Association, dont vous sont garants l'exposé de notre dévoué trésorier et le succès de la présente session, est donc manifeste.

Nous remercions tout particulièrement nos collègues étrangers de leur très importante collaboration et nous leur disons à nouveau quel prix nous attachons à leur présence et notre grand intérêt pour les travaux qu'ils nous apportent.

Constituée sous la loi du 1er juillet 1901, notre Association après avoir, conformément aux décisions de l'Assemblée générale, chargé de la mise au point de ses Statuts et de son Règlement notre Président de l'an dernier, M. Pactet, et les trois secrétaires permanents successifs : MM. Henry Meige, René Semelaigne et René Charpentier, a déposé au Conseil d'Etat ses statuts rédigés suivant le modèle imposé en vue d'une demande de reconnaissance d'utilité publique.

Ces statuts n'ont pas été d'emblée admis. Après divers entretiens, une nouvelle rédaction a été acceptée par M. le Conseiller d'Etat, rapporteur, et j'ai tout lieu de penser que notre demande sera prochainement soumise à la décision du Conseil d'Etat.

Dès acceptation, les Statuts et le Règlement de l'Association seront publiés. Leurs rédacteurs se sont bornés à associer et à classer les dispositions imposées, le règlement antérieur du Congrès et les modifications votées par l'Assemblée générale en vue de la transformation du Congrès en une Association permanente et régulière.

ÉLECTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Conformément à l'art. 5 de ces Statuts, il nous faut maintenant compléter le Conseil d'Administration, en remplaçant les membres dont les fonctions viendront à expiration le 31 décembre 1932.

Ces membres sont :

le Professeur Euzière, président,

et 2 membres du Conseil, nommés en 1926 pour 6 ans et non immédiatement rééligibles : MM. Raoul Leroy et Van der Scheer, que nous remercions de leur active collaboration.

Le vice-président de 1932, M. le Professeur Guillain, devenant de droit président en 1933, c'est un vice-président que vous avez à désigner. Votre Conseil d'Administration vous

propose d'élire vice-président pour 1933 M. le Dr Lagriffe, médecin-chef de l'Asile public d'aliénés de Quimper (Finistère).

Nombre de votants	48
Majorité absolue	25

Ont obtenu :

M. le Dr Lagriffe	47 voix
Bulletin blanc	1

M. le Dr Lagriffe est élu *vice-président* pour 1933 et sera, de droit, président pour l'année 1934.

Pour les deux membres du Conseil, vous avez décidé l'an dernier que l'un d'eux, en remplacement du Dr Raoul Leroy, sera le Dr Vignaud, le trésorier devant être choisi parmi les membres du Conseil. Votre bureau vous propose de régulariser cette décision.

En remplacement du Dr Van der Scheer, qui représentait au Conseil nos collègues hollandais, nous vous proposons d'élire le Professeur Arturo Donaggio, qui représentera nos collègues d'Italie.

Elections

Nombre de votants	44
Majorité absolue	23

Ont obtenu :

M. le Professeur Donaggio	43 voix
M. le Dr Vignaud	42 —
Bulletin blanc	1

M. le Professeur Donaggio (de Modène) et M. le Dr Vignaud sont élus pour 6 ans *membres du Conseil d'Administration.*

Le Conseil d'Administration est donc composé ainsi pour 1933 :

Président : M. le Professeur Guillain.
Vice-Président : M. le Dr Lagriffe.
Secrétaire général : M. René Charpentier.
Membres : MM. M. Olivier et Ern. de Craene (sortants en 1934).

P. Courbon et Henry Roger (sortants en 1936).
Donaggio et Vignaud (sortants en 1938).
Le Dr Vignaud est choisi comme *trésorier* par le Conseil d'Administration.

J'ajoute que le Conseil d'Etat n'a pas pu accepter la désignation d'un Secrétaire « permanent ». Pour ménager les besoins et les traditions du Congrès, l'art. 5 des Statuts dispose que le « Secrétaire général », qui en tient lieu et qui est élu directement par l'Assemblée générale, « une fois élu, conserve ses fonctions tant qu'il n'en a pas été relevé par l'Assemblée générale ». Dans ces conditions, rien ne sera, en réalité, changé pour mon successeur, que vous voudrez bien désigner très prochainement.

ORGANISATION DE LA 37e SESSION

Messieurs, j'ai l'honneur de vous donner connaissance de la lettre suivante de M. le Commissaire Résident général de la République française au Maroc.

1er juillet 1932.

MAROC

le Commissaire Résident Général

Monsieur le Secrétaire général,

M. le Docteur Colombani, Directeur de la Santé et de l'Hygiène publiques, m'a fait part d'un vœu émis à l'issue de votre dernier Congrès, par lequel vous avez exprimé le désir de tenir vos prochaines assises au Maroc, l'an prochain, sous la présidence de M. le Professeur Guillain, de la Faculté de Paris.

Je souscris très volontiers à votre projet qui honore notre Protectorat et je serai heureux d'accueillir à Rabat, en 1933, les neurologistes et aliénistes de France et des pays de langue française.

Je prendrai volontiers connaissance du programme du Congrès, dès que vous en aurez fixé les détails d'accord avec les représentants de l'Assistance Médicale Marocaine.

Veuillez agréer, Monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Lucien Saint.

J'ai déjà exprimé à M. le Résident général notre reconnaissance. Le Conseil d'Administration vous propose de choisir la

ville de *Rabat* (Maroc) pour siège de notre 37e session et de tenir cette session un peu avant Pâques 1933.

(Il en est ainsi décidé à l'unanimité des membres présents).

Aux termes du règlement, le Bureau de l'Association est le Bureau de la session. A ce Bureau est adjoint un Secrétaire annuel chargé d'assister le Secrétaire général dans l'organisation de la session.

Nous vous proposons de désigner pour ces fonctions notre distingué collègue, M. le Dr de Labretoigne du Mazel, qui veut bien accepter cette lourde tâche et en assurera sans aucun doute le succès.

Les *rapports* et *rapporteurs* suivants sont ensuite désignés :

1° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les Encéphalites psychosiques.

Rapporteur : Dr L. Marchand, Médecin-Chef à l'Asile Clinique (Sainte-Anne).

2° RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les ataxies.

Rapporteur : Dr Garcin, Médecin des Hôpitaux de Paris.

3° RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE

Conséquences médico-légales des amnésies traumatiques.

Rapporteur : Dr Paul Abély, Médecin-Chef de l'Asile de Villejuif (Seine).

Permettez-moi de remercier nos *rapporteurs* de cette année MM. Achille Delmas, Lauzier et Moreau, de l'exactitude avec laquelle ils ont bien voulu livrer à temps leurs très intéressants manuscrits, la bonne grâce aussi avec laquelle ils ont observé l'esprit et la lettre de nos règlements. C'est grâce à eux que les rapports ont pu paraître dans la première quinzaine de juin et être envoyés à cette date à ceux de nos membres alors régulièrement inscrits.

A ce sujet, je crois devoir expliquer encore que ceux de nos membres adhérents qui sont docteurs en médecine peuvent demander leur inscription sur la liste des membres titulaires de l'Association. La cotisation de membre titulaire est due dès le début de l'année, comme dans toute Société, et dispense naturellement de cotisation aux sessions organisées par l'Association. Les membres titulaires de l'Association sont invités à chaque session, sans avoir à s'inscrire de nouveau, et reçoivent régulièrement dès leur publication les programmes, rapports, comptes rendus, etc.

Messieurs, je suis heureux de vous transmettre l'invitation du Dr Alph. Leroy, secrétaire permanent des Congrès Belges de Neurologie et de Psychiatrie, à assister à la XIe session de ces Congrès, qui se tiendra à Gand, les 24 et 25 septembre 1932, et d'espérer que nombreux seront ceux qui voudront y assister.

(L'Assemblée générale décide de se faire représenter, au XIe Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie (Gand, 24-25 septembre 1932), par MM. Euzière, président, René Charpentier, secrétaire général, O. Crouzon et Desruelles).

En terminant, le Secrétaire général rappelle aux membres du Congrès de bien vouloir lui adresser un mois au moins avant l'ouverture de la prochaine session, toutes les suggestions concernant le choix des sessions ultérieures, ainsi que l'indication des sujets qu'ils désireraient voir mettre à l'ordre du jour du Congrès.

M. Euzière, *président*, remercie le secrétaire général et le trésorier.

La séance est levée.

CÉRÉMONIE D'INAUGURATION

à l'École de Médecine
et de Pharmacie de Limoges
du buste
du Professeur GILBERT BALLET
ancien Président du Congrès

Le 27 juillet 1932, à 4 heures 30 de l'après-midi, eut lieu à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Limoges, sous la présidence d'honneur de M. le Professeur d'Arsonval, Membre de l'Institut, sous la présidence effective de M. le Professeur Raymondaud, Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Limoges, et en présence de M. Stirn, Préfet de la Haute-Vienne, la cérémonie d'inauguration d'un buste du Professeur Gilbert Ballet, né à Ambazac (Haute-Vienne), ancien professeur à la Faculté de médecine de Paris et ancien président du Congrès.

Le mauvais temps ayant empêché que la réunion fût tenue dans le parterre où le monument a été dressé entre l'Ecole de Médecine et la voie publique, l'assistance a dû prendre place dans le grand amphithéâtre qui ne put, malgré ses importantes dimensions, contenir toute l'assistance. Les salles voisines, dont les portes étaient ouvertes offrirent des annexes d'où on pouvait voir et entendre.

Sur l'estrade avait pris place le Professeur Raymondaud, Président du Comité, à sa droite M. le Préfet de la Haute-Vienne qui avait bien voulu honorer de sa présence cette réunion, à sa gauche, M. l'Adjoint à l'Instruction publique, représentant M. le Maire, M. le Professeur Doyen Euzière, Président du Congrès, M. le Docteur René Charpentier, Secrétaire général permanent du Congrès, MM. les Délégués des Sociétés scientifiques ou des Associations qui allaient avoir la parole pour célébrer, chacun suivant la technicité de la Société représentée, les mérites divers de celui qu'on allait honorer,

Au premier rang de l'assistance étaient réservées les places de la famille Ballet dont tous les membres étaient présents: Mme Gilbert Ballet, son fils, M. Jacques-Gilbert Ballet, sa fille et son gendre le docteur et Mme Roger Glénard et leurs enfants, le Commandant Ballet, Mme Ballet, leurs filles et leurs gendres, M. le docteur Victor Ballet. Auprès d'eux se trouvait M. le Professeur Carnot de la Faculté de Médecine de Paris et aux rangs les plus proches, les dames congressistes et les membres étrangers ou français du Congrès, le corps professoral de l'Ecole de Médecine et le Docteur Biais, Directeur, l'ancien Président et le Président de l'Association des médecins de la Haute-Vienne, de la Société médico-chirurgicale de Limoges, du Syndicat des médecins de la Haute-Vienne, un grand nombre des médecins de la Ville et de la région...

Allocution de M. le Professeur Raymondaud,

Directeur honoraire de l'Ecole de Médecine de Limoges, Président du Comité d'organisation de cette Cérémonie

Mesdames, Messieurs,

L'idée de la commémoration de Gilbert Ballet dans sa région d'origine a été émise, dans une réunion de l'Association des Médecins de la Haute-Vienne, par son Président d'alors, le docteur Boussenot.

Une maladie, heureusement momentanée du promoteur, a retardé la réalisation jusqu'à la constitution du Comité qui se libère aujourd'hui du mandat accepté.

A ce Comité il fallait un patron !

Nul n'était qualifié comme celui que désignait son origine limousine, sa contemporanéité, sa notoriété mondiale, le docteur d'Arsonval, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, professeur au Collège de France, Grand-Croix de la Légion d'Honneur.

Nous espérions qu'il serait aujourd'hui parmi nous et y prendrait la parole : il n'a pu satisfaire à notre vœu.

« J'aurais été heureux, nous a-t-il écrit, de répondre à « votre invitation et de fêter la mémoire de mon camarade « de Lycée et d'Ecole, mon collègue à l'Académie. Malheu- « reusement, je ne m'appartiens pas à la date indiquée : j'ai « dû promettre de ne pas m'éloigner de mon laboratoire à « des délégations de Médecins et de Physiciens étrangers « et de leur faire des démonstrations. »

Le nom de Ballet a rallié ici, ailleurs, et surtout à Paris, des concours avisés et actifs :

C'est à ces concours qu'est due la tenue en notre ville de la XXXVIe Session du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française et la présence à cette cérémonie — qui en reçoit son principal relief — d'une bonne part de ce que comptent, en ces Pays, la psychiatrie et la neuropathologie.

C'est au prestige de son nom que vous devrez d'entendre les délégués — celui de l'Académie de Médecine ayant dû partir en mission officielle — de la Faculté de Médecine de Paris et des Sociétés spécialisées, le Président du Congrès, rappeler, avec l'autorité attachée à leur titre et à leur personnalité, ce que furent en une même personne, le médecin, l'aliéniste, le médecin légiste, l'historien, l'hygiéniste, le professeur...

Gens d'ici, nous ne revendiquons que le Limousin, de même que, en terminant, M. le Président de l'Association des Limousins de Paris, évoquera notre compatriote installé dans la Capitale.

A vingt kilomètres Nord de Limoges, se développe, en un gracieux vallon, un chef-lieu de canton, Ambazac.

Un médecin y a passé sa longue vie professionnelle, exerçant avec dignité un ministère actif et bienfaisant, c'était le Dr Delphin Ballet, auquel ses concitoyens ont confié longtemps la charge de l'édilité et, plus longtemps encore, le mandat de Conseiller général.

C'était le père de celui dont nous livrons aujourd'hui la mémoire aux matériaux durables, le bronze et la pierre.

A père noble, fils noble ! Une fontaine monumentale, en granit du pays, a été élevée, en 1904, face à l'Hôtel-de-Ville d'Ambazac, en mémoire de son père, par Gilbert, fils pieux et reconnaissant.

Quelque deux ans plus tard, un médaillon fut ajouté sur le plan facial de la pyramide par l'initiative de M. Ed. Teisserine, de Bort, en hommage de vieilles et cordiales relations.

Sur ce médaillon apparait, du fait de la calvitie, nette comme le trait d'une épure, la courbe élégante de la dolichocéphalie, signe de pure race limousine.

Ce n'est que tardivement, à l'époque où sa chevelure commença de s'éclaircir que cette forme cranienne est apparue, atténuée, d'ailleurs, chez notre collègue, maître ou ami.

Vous ne la discernerez pas sur le buste parce qu'il est d'une époque où la chevelure intacte était abondante. Mais cette œuvre sculpturale est la participation de la famille à notre entreprise ; nous l'avons reçue, avec empressement, des mains des personnes les plus qualifiées pour consacrer la ressemblance et l'artiste n'avait pu pressentir ce que la maturité de l'âge, de la science et de la réflexion donnerait aux traits du visage de vigueur et de relief, mettrait de pénétration dans le regard, ferme à travers le binocle.

BALLET Louis-Simon-Gilbert est né le 29 mai 1853 à Ambazac, aîné de trois.

Ses deux frères lui survivent, assurés de longévité par leur bonne santé : l'un, médecin, le D[r] Victor Ballet que la plupart d'entre vous connaissent par sa carrière d'hydrothérapeute ; l'autre, polytechnicien et officier en retraite à Ambazac, gardien du berceau familial où s'est éteinte, en 1923, la vénérable mère, veuve du D[r] Delphin.

Après les années d'études primaires faites à l'Ecole communale et dans la famille où il apprit les rudiments du latin, Gilbert entra au Lycée de Limoges, en classe de 6[e], en 1865. Aux promenades, il marchait avec Valon, devenu, plus tard, lui aussi, aliéniste réputé et resté son ami.

Bachelier, il devint étudiant à cette Ecole ; il en fut lauréat et Interne de notre Hôpital (1871) dans une épique fameuse par les noms de d'Arsonval, Charpentier, plus tard, professeur de physique médicale à la Faculté de Nancy, Louis Couty, parti au Brésil pour y être professeur à l'Ecole Polytechnique de Rio de Janeiro.

En quitant l'Ecole, à l'heure où la scolarité le nécessitait, il fut à Paris, comme la plupart des étudiants d'alors.

Dès l'arrivée, il concourut pour l'Externat des Hôpitaux et réussit (1872). Interne au concours de 1875.

En 1878, nous nous retrouvions Internes et commensaux à la Salle de Garde de l'Hôpital Saint-Louis.

Qu'y faisait-il ?

Il était tout simplement l'un des Internes de Péan !

Tout chemin mène à Rome, diront ceux qui ne considèrent pas la chirurgie comme la ligne directe vers la psychiatrie.

C'est que, à cette époque, notre ami n'avait pas encore trouvé son orientation : son programme était, l'Internat fini, de revenir en Limousin, de se fixer à Limoges et d'y exercer la médecine : il avait même engagé, près de l'Administration de l'Hôpital, une demande d'admission à un emploi de médecin suppléant.

Mais l'année suivante allait le placer sur la voie de son développement définitif :

Interne de Charcot, il devient son Chef de Clinique (1882) et, dès lors, l'unité de sa carrière se poursuit « sans accrocs et sans heurts ».

Les rapides et brillantes étapes en seront rappelées par des voix plus autorisées et... nous, Limousins, revenons au pays comme Ballet y revenait chaque année, lui-même, aux vacances ou pour une partie des vacances.

Il accueillait avec grâce tous ceux... et combien nombreux, qui s'empressaient à profiter de sa science et de sa générosité. Dans cette pratique rurale, il trouva les éléments d'une plaquette qui avait pour titre : « la dyspsepsie des mangeurs de soupe ».

Il est vrai, qu'en Limousin, la soupe faisait une grosse part de l'alimentation populaire.

Mais méritait-elle l'ostracisme ?

Si le porte-parole que fut Ballet de la Ligue Nationale contre l'alcoolisme revenait parmi nous, il serait le premier à déclarer que les quelques dyspepsies bénignes, imputables, peut-être, à notre saine et savoureuse *bregeaude* sont, en nocivité, aux gastrites, ulcères, néphrites ou hépatites mortels, pris sur le zinc, comme un est à mille !

Un jour vint où Ballet fut, à Limoges, en belle et bonne compagnie.

Vous y teniez, Messieurs les Congressistes — le Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de Langue Française — y tenait les Assises de sa XI[e] Session. La séance d'ouverture eut lieu le 1[er] août 1901. Gilbert Ballet en était le Président.

Il avait eu l'heureuse et généreuse idée de recevoir les congressistes en un point fort spécial de la campagne limousine : St-Goussaud est une petite commune aux confins de la Haute-Vienne, en territoire creusois, sur un plateau à 650 mètres d'altitude. De ce belvédère, l'œil atteint un hori-

zon lointain d'où émerge, par temps clair, le Sancy, le pic de Sancy, familier aux touristes d'Auvergne et aux clients du Mont-Dore.

C'est dans ce site précieux, à 50 kilomètres de Limoges, par-delà Ambazac, que M. et Mme Gilbert Ballet avaient fait dresser, sous une tente, des tables excellemment servies pour recevoir leurs nombreux invités... avec une distinction et une affabilité insurpassables.

1907. Un Comité s'était constitué à Limoges, pour la lutte contre la tuberculose et la préservation sociale contre ce fléau : sous la présidence d'honneur du professeur Grancher, originaire de Felletin (Creuse), Gilbert Ballet avait accepté la présidence effective.

Il vint... et, le 28 février de cette année 1907, fit, au Cirque, une conférence pour le lancement de l'œuvre : il s'agissait de recueillir des fonds pour l'établissement d'un dispensaire. La vaste enceinte était pleine : le succès du conférencier fut complet et la quête, faite au cirque même, fructueuse ; les souscriptions grossirent le premier résultat..., le dispensaire fut créé et placé sous le vocable « dispensaire Gilbert Ballet ».

Presque aussi ancienne qu'elle-même, notre Ecole avait une tradition, la célébration d'une séance solennelle de rentrée et de remise des prix aux lauréats.

Le 17 novembre 1898, le Dr d'Arsonval, déjà membre de l'Institut et professeur au Collège de France, fut, sur la proposition du Directeur d'alors, désigné par le Ministre de l'Instruction publique, pour présider cette solennité : évoquant les premières années de ses études médicales, il rendit à ses premiers Maîtres un hommage ému et exhorta les élèves à travailler « à ce foyer d'études si profitable aux débutants « par le commerce quotidien avec les chefs et l'accessibilité « des laboratoires ». Il rappela, surtout, le souvenir du professeur Charles Boulland, disant que, par le Mémoire de ce Maître « sur la contractilité physique », il avait reçu la révélation d'un phénomène de physique biologique qui ne fut pas sans influence sur l'origine de son élévation scientifique.

L'année suivante et le 9 novembre 1899, ce fut Gilbert Ballet, alors professeur agrégé à la Faculté de Médecine de

Paris, qui fut délégué par le Ministre pour présider la même séance.

Après les formules de courtoisie, il vante la bienfaisance de la diffusion scientifique en des Centres provinciaux et, s'adressant plus particulièrement aux élèves, il leur donne, en sa langue élégante et cordiale, de précieuses recommandations : « Mes chers amis, vous êtes élèves de l'école de Limo-
« ges et, que vous le vouliez ou non, vous le resterez : il est
« une loi de psycho-physiologie d'après laquelle la plus pro-
« fonde et la plus durable empreinte est celle que le cerveau
« reçoit la première. Vous vaudrez, dans l'avenir, ce que vous
« aurez valu ici. C'est ce qui fait la responsabilité de vos
« Maîtres ; c'est ce qui fait aussi la vôtre. »

Je voudrais pouvoir tout citer de cette haute leçon initiatrice, mais le temps presse et voici la leçon de moralité professionnelle :

« La profession vaut ce que vaut celui qui l'exerce : la
« vôtre n'aura un relief mérité que si vous vous employez à
« le lui donner...

« Au plus fort de la lutte pour la vie, ne perdez jamais de
« vue que vous seriez victimes et dupes si vous sacrifiez à la
« perspective de quelques profits matériels aléatoires ce qui
« fera votre force, la dignité et la droiture professionnelles.
« Ayez toujours à l'esprit le mot d'un des savants dont s'ho-
« nore notre Limousin : le médecin, a dit J. Cruveilier, doit
« être homme de science et honnête homme. »

Et enfin : « Vous quitterez, un jour, cette Ecole pour aller
« parachever vos études dans une Faculté. Rappelez-vous
« que vous pourrez vous prévaloir de votre origine et que,
« partout où vous rencontrerez un ancien élève de l'Ecole de
« Limoges en situation de vous servir, vous aurez trouvé un
« protecteur et un ami. »

Cette sorte d'engagement tiré sur l'avenir n'était pas, dans l'esprit de l'orateur, une vaine formule pour terminer élégamment une leçon de haute portée : trois, au moins, des professeurs actuels de cette Ecole ont été externes de Ballet dans les Hôpitaux de Paris et, à l'heure où notre Comité s'est constitué, leur reconnaissance s'est manifestée particulièrement agissante.

L'un de mes fils, médecin-lieutenant au I[er] Cuirassiers à Paris, profita de cette garnison pour conquérir le Diplôme de Médecin légiste de la Faculté. Il suivit avec régularité toutes

les disciplines de cette préparation : celle de la psychiatrie le captiva plus que toute autre : chacune des leçons que Ballet donnait le dimanche à Sainte-Anne était, à son sens, un régal. Son attention fut remarquée par le Maître qui, apprenant qu'il avait un compatriote dans l'auditoire et que cet auditeur était un jeune marié, accueillit en sa demeure, à la table de famille, le jeune couple. Récemment, ma belle-fille rappelait avec émotion la bienveillance de Mme Gilbert Ballet et l'amabilité de celle qui, déjà, était Mme Roger Glénard, toute jeune maman de son premier né.

En rappelant ce souvenir personnel, je sais acquitter le sentiment de gratitude de mes enfants.

Si j'ai exprimé comme je le sens, Mesdames et Messieurs, comment, attiré et retenu par la prémonition de sa magnifique carrière, Gilbert Ballet, devenu parisien d'adoption, était resté limousin de cœur, vous estimez légitime notre décision de perpétuer sa mémoire par ce monument modeste, mais durable.

Quelques touches, cependant, manqueraient au tableau sans les mots qui peignent l'homme dans sa vie intime et dans sa vie publique.

Marié en 1889, Ballet avait au plus haut degré, le sentiment de la famille.

L'un de ses frères m'écrivait récemment : « Après la mort « de notre père, en 1883, il a assumé la charge de chef de « famille et, dans toutes les circonstances de la vie, il a aidé, « encouragé autant qu'il l'a pu, sa mère et ses deux frères. »

Nous savons comment il a perpétué à Ambazac le souvenir de son père.

Il a, près de la mort, exprimé le vœu d'être inhumé, en ce lieu, dans la sépulture familiale.

Il a, au même instant, manifesté le désir qu'une somme importante fût versée à la commune d'Ambazac, pour l'embellissement du bourg et son vœu a été pieusement exaucé par la remise que Mme Ballet a faite, au maire de la commune, de la somme attribuée.

Sa participation à la lutte contre l'alcoolisme témoigne de la fermeté et de l'ardeur de ses convictions : elle l'a élevé jusqu'à la Vertu Civique !

Blessé à mort par la maladie qui le minait déjà, dont il

mesurait, jour à jour, la progression, stoïquement, il soutenait la lutte, gardant toute l'alacrité de sa plume, tout le mordant de sa combativité de polémiste supérieurement documenté, pour des écrits qu'il faut lire, jusqu'à l'ultime protestation du 15 décembre 1915 !

Ses heures étaient comptées, hélas ! et sa grande voix allait s'éteindre : il mourut le 18 mars suivant.

De ses amis, un de ceux qui ont mené près de lui le bon combat, M. Maitrot, avocat à la Cour d'Appel de Paris, l'a sacré Apôtre.

Et c'est vraiment un apostolat que cette lutte où il a épuisé les restes de son extraordinaire énergie dans l'effort qui a vraisemblablement hâté sa fin.

Epoux et père parfaits, fils pieux, reconnaissant à ses père et mère, fidèle au lieu de sa naissance et de sa jeunesse, tutélaire à sa mère vieillie, à ses frères plus jeunes, tutélaire à ses élèves qu'il tente d'élever à sa hauteur morale, il étend, inadaptable aux compromissions, sa tutelle d'hygiéniste éclairé et de sociologue vraiment humanitaire à son pays contre le fléau, essentiellement évitable... et qui le ronge !

Médecin, il entend être « homme de science et honnête homme ».

Toute sa vie est tendue par la devise et où il attire ses élèves « pour le Bien et pour le Vrai » !

Allocution de M. le Professeur Euzière

Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier

Président du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française

Mesdames, Messieurs,

Ce n'est pas l'éloge du Professeur Gilbert Ballet que j'entreprends ici. D'autres qui l'ont connu de plus près, qui ont participé plus directement à son enseignement le feront avec plus d'autorité et plus de compétence. En prenant ici la parole, je ne me propose qu'un but : celui d'associer à l'hommage rendu au Maître que nous honorons aujourd'hui, la trente-sixième session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Aussi bien, ce Congrès n'est-il venu tenir ses assises à Limoges que pour participer à cet hommage et notre réunion de 1932 est tout entière placée sous le signe du Professeur Gilbert Ballet.

Cet hommage est tout naturel. Il n'est personne parmi ceux qui s'occupent de neurologie et psychiatrie qui ne lui doive quelque chose ; même ceux qui, nouveaux venus à l'étude des maladies du système nerveux, ne l'ont pas connu personnellement et n'ont pas été ses élèves directs ont étudié ses travaux et s'ils n'ont pas goûté le charme incomparable de son enseignement oral, ils ont du moins profité de son enseignement écrit. Parce que neurologistes et psychiatres lui doivent tous un peu de leur formation, il était de notre devoir de venir ici saluer sa mémoire.

Mais ce n'est pas uniquement parce que tous ses membres peuvent se dire plus ou moins directement élèves de Gilbert Ballet que notre association devait participer à l'inauguration de ce monument. Il en est d'autres qui nous sont plus particulières et qui se résument dans le rôle de premier plan qu'il a tenu si longtemps dans nos réunions annuelles. Il y a occupé toutes les places et nous l'avons vu successivement congressiste attentif, membre écouté du comité permanent, rapporteur et président à l'autorité pleine de charme. La plupart d'entre vous avez encore dans vos mémoires le souvenir de sa silhouette alerte et de sa lumineuse éloquence.

Assidu des séances de nos congrès, il apportait dans la discussion des problèmes à l'ordre du jour ses éminentes qualités d'improvisation. Ses exposés d'une clarté limpide, sa courtoisie parfaite relevée parfois d'une ironie toujours spirituelle et jamais blessante faisaient de ses argumentations de petits chefs-d'œuvre oratoires. Il est de ces interventions qui sont restées vivantes dans le souvenir de ceux qui les ont entendues, et c'est ainsi qu'Enriquez rappelait en 1918 à la Société de Neurologie la discussion sur la pathogénie de la maladie de Basedow qui, au Congrès des aliénistes et neurologistes de 1895, à Bordeaux, le mit aux prises avec Brissaud, Joffroy, Jean Renault et Gley. « Il discuta, nous dit-il, avec une force d'argumentation et un bonheur d'expression qui lui assurèrent la victoire et lui valurent un véritable triomphe. »

Ce fut le même succès qu'il remporta au Congrès de Genève, en 1907. Gilbert Ballet avait été chargé par le congrès de Lille d'un rapport sur l'expertise médico-légale et la question de

responsabilité. Vous savez la position qu'à son sens le médecin doit prendre au cours des expertises qui lui sont confiées. Pour lui, il n'appartient pas aux médecins, mais uniquement aux magistrats de se prononcer sur la responsabilité ou sur le degré de la responsabilité d'un inculpé : « Les question de la responsabilité, dit-il, ne sont pas du domaine médical. » Il ne pouvait y avoir de réponse plus franche. Les conclusions du rapporteur furent ardemment discutées et successivement, Grasset de Montpellier, Giraud de Rouen, Francotte de Liège, Joffroy et Dupré de Paris, Régis de Bordeaux, Bard de Genève, Bernheim et Paris de Nancy, prirent la parole, ce fut une merveilleuse joute oratoire et ce fut en somme Gilbert Ballet qui l'emporta. Le vœu adopté par le congrès reprenait, terme pour terme, les conclusions de son rapport.

Quelle mélancolie nous étreint, Messieurs, quand nous nous rappelons les échos de ces discussions et l'éloquence de tant de voix chères qui se sont tues. J'ai un souvenir encore plus touchant à évoquer, celui de la XIe session des congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française qui se tint ici-même, à Limoges, du 1er au 7 août 1901 et que présida Gilbert Ballet.

Le discours qu'il prononça à la séance d'ouverture est peut-être de toutes les pages qu'il ait écrites celle qui révèle le mieux ses tendances scientifiques et la conception qu'il avait des rapports unissant la neurologie à la psychiatrie, ainsi que de l'avenir réservé à ces deux branches jumelles de la médecine. En les relisant trente ans après, on est étonné de la justesse des idées qu'elles expriment. Gilbert Ballet a vu sainement la direction que devait suivre la neuro-psychiatrie et il a formulé à son sujet des vœux et conçu des ambitions dont certains ont été réalisés et dont les autres sont en voie de l'être puisque chacun de nous les a fait siens et qu'ils sont maintenant soutenus par l'approbation unanime. Il a été un des premiers à se réjouir de voir les études qui concernent l'esprit, ses fonctions et ses maladies s'émanciper de l'emprise métaphysique. Il a applaudi et participé aux progrès de la technique. Enfin, il a pressenti le rôle social que la neuro-psychiatrie était appelé à jouer. On trouve proclamées dans ce discours de Limoges, sa foi dans la lutte contre l'alcoolisme et contre les tares mentales, sa conviction qu'une modification radicale des assises de notre droit pénal était indispensable. Il désirait que la notion de nocuité se substi-

tuât à celle de culpabilité et son rêve était que la société, renonçant à punir ne se préoccupât plus que de se défendre. La lecture de ces quelques pages est encore d'actualité, mais ce n'est pas ce que je viens d'en dire qui en est le plus émouvant.

Cette profession de foi neuro-psychiatrique par laquelle Gilbert Ballet a ouvert le XIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, il aurait pu la faire n'importe où et sans doute tous ceux qui suivaient ses leçons en avaient bien souvent entendu les articles. Ce qui donna à la présidence de Gilbert Ballet son caractère original, ce qui sans doute fut une révélation pour la plupart de ceux qui se groupèrent autour de lui, ce fut l'amour passionné que cet homme nourrissait pour son pays natal et la ville où il avait fait ses premières études de médecine. C'est lui qui avait demandé que la session qu'il devait présider se tînt à Limoges. Ce désir traduisait des sentiments complexes où entrait sans doute la conscience de sa valeur et surtout le désir de rendre à son pays l'hommage qu'il sentait lui devoir. Il était en effet de ceux qui sentent tout ce qu'ils doivent à leur terre natale et qui se rendent compte que pour tout être humain elle joue ce rôle d'exaltation que Maurice Barrès reconnaissait à certains sites. Pour Gilbert Ballet, « la colline inspirée » c'était le lieu où il était né, où il avait vécu enfant, où il avait pris contact avec la culture médicale, où tous les souvenirs qui avaient formé sa personnalité s'encadraient dans des horizons familiers.

Aussi, avec quelle fierté fit-il, aux membres du XIe Congrès, les honneurs de sa ville, avec quelle piété il invoqua les gloires de son pays rappelant tout ce qu'elles représentaient de traditionnel et se plaisant à en rappeler les antiques origines. C'est en homme averti et passionné d'idéal qu'il rappela les traditions d'art du limousin remontant jusqu'à saint Eloi, le ministre de Dagobert, transmises par les émailleurs du XVIe siècle et perpétuées jusqu'à nos jours. C'est avec la compétence d'un lettré qu'il rappela les traditions littéraires de son pays remontant aux premiers troubadours, avec l'orgueil d'un compatriote qu'il évoqua Jourdan et la tradition du patriotisme ; d'Aguesseau et Vergniaud, celle de l'éloquence et du civisme ; Léonard Limousin enfin, dont le nom évoque la plus brillante époque artistique de ce pays.

Avec quel amour il s'efforça ensuite de faire connaître à

tous les membres du XIe Congrès, les beautés du Limousin, les amenant déjeuner à St-Goussaud, leur faisant parcourir les vallées du Taurion et de la Vienne, et, chaque fois que l'occasion s'en présentait, leur faisant admirer les paysages et les lignes harmonieuses des horizons de son pays.

Messieurs, dans un livre récent, un critique allemand, Robert Curtius, a insisté sur cette particularité de l'âme française pour qui l'amour du sol natal se confond étroitement avec celui de la patrie, Gilbert Ballet présentait au plus haut point ce caractère national. Si j'y ai insisté si longuement, empiétant peut-être sur les côtés de la personnalité du Maître limousin, que M. le Docteur Raymondaud a si éloquemment mis en lumière, c'est qu'ils donnent tout son sens à notre manifestation d'aujourd'hui.

Désireux d'honorer la mémoire du Professeur Gilbert Ballet, soyons assurés que nous ne pouvions choisir de façon mieux adaptée à son âme qu'en venant en pèlerinage aux lieux où il nous mena jadis. Si les cœurs au tombeau sont les mêmes, il est certain que Gilbert Ballet, le grand neurologiste, le grand psychiatre français, nous saurait gré de nous être souvenu que lui aussi après Gay-Lussac, après Dupuytren, après Cruveilhier, était aussi un grand Limousin.

M. René Charpentier,

Secrétaire général permanent du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Madame,

L'un des plus brillants et des plus chers élèves du Professeur Gilbert Ballet, mon ami le Professeur Laignel-Lavastine, souffrant, m'a demandé de vous exprimer son très vif regret de ne pouvoir assister à cette cérémonie.

Parce que je fus le premier chef de clinique de Gilbert Ballet, peut-être aussi parce qu'il sait ma fidèle reconnaissance à celui qui fut l'un de mes Maîtres, Laignel-Lavastine m'a chargé de lire les paroles qu'il voulait prononcer.

Vous m'excuserez, Madame, d'exprimer la pensée d'un autre, tous les élèves du Maître la partagent. Et la fidélité du souvenir est plus encore dans les cœurs et dans les actes que dans les mots.

M. René CHARPENTIER donne ensuite lecture de l'allocution suivante de M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, au nom de la Faculté de Médecine de Paris ;

M. le Professeur M. LAIGNEL-LAVASTINE,

délégué par la Faculté de Médecine de Paris.

Gilbert Ballet : le professeur

Chargé par M. le Ministre de l'Instruction Publique et par le Conseil de la Faculté de Médecine de Paris de les représenter à ce Congrès et à cette inauguration du buste de Gilbert Ballet, je tiens à les remercier de leur choix, qui me permet de rendre à celui qui fit beaucoup pour moi l'hommage reconnaissant que je lui dois.

En 1900, Gilbert Ballet m'avait amené ici-même, heureux de me faire participer au Congrès qu'il présidait. Il s'y montra dans toute sa maîtrise, encore accentuée, si possible, par le plaisir qu'il ressentait à revenir un instant près des siens. Application du mot d'Aristote : Εὐδαιμονία ἐνέργεια ἐστὶν le bonheur est énergie.

Elève et collaborateur de M. Ballet pendant 16 ans et son successeur à la Faculté dans la chaire d'Histoire de la Médecine, je n'évoquerai de mon maître que le souvenir professoral.

En biographie, portraits et autographes sont les deux foyers permettant de construire l'ellipse de la personnalité.

Ce buste, qui rappelle la finesse et l'élégance de Gilbert Ballet, permet moins que les autographes de pénétrer dans l'intimité de son intelligence et de son cœur.

L'écriture de Gilbert Ballet exprime la tendance analytique de son esprit. Admirez ces lettres séparées les unes des autres à la manière de l'écriture grecque. Certaines lettres sont même dissociées en leurs éléments, telles les M. Il est difficile de trouver un graphisme plus logiquement analytique.

Cette dissection dans les signes, Gilbert Ballet la faisait dans les choses.

Aussi savait-il enseigner. Ses leçons étaient cartésiennes, c'est-à-dire résultaient d'un double travail d'analyse critique et de reconstruction logique.

C'était pour moi une joie toujours renouvelée que d'entendre M. Ballet, d'abord à la Faculté, dans sa chaire d'histoire de la médecine, ensuite à Sainte-Anne, dans sa clinique des maladies mentales, donner dans sa leçon l'essence intellectuelle de ses recherches et de ses méditations.

Elu professeur d'histoire de la médecine le jeudi 10 juillet 1907, M. Ballet commença son cours par la médecine grecque. Son esprit avait trop d'affinité avec le génie grec pour qu'il ne fît pas sentir à ses auditeurs comment l'observation hippocratique n'est qu'une application à la médecine de l'invention rationnelle et expérimentale. Prenant le suc d'Andral, Daremberg et Littré, il rendait vivantes, en des leçons concises, les idées directrices des grands médecins d'autrefois. Et comme l'habitude des délirants lui faisait depuis longtemps un devoir de saisir exactement le point précis où la pensée du malade décolle du réel, il nous indiquait, avec la netteté d'un geste diagnostique, la phrase décisive où le vieil auteur, quittant l'expérience, s'était élancé dans la théorie. C'est que le travail intellectuel est soumis à des lois et que celles-ci gouvernent encore dans la maladie. Cette découverte de Claude Bernard rend compte des raisons pour lesquelles tant d'aliénistes sont historiens.

Un même goût foncier pour toute l'âme humaine les fait se pencher aussi bien sur l'épilepsie d'Hercule furieux, la psychose périodique d'Héraclius ou de Gounod, l'énigme d'Hamlet, le sadisme des Césars, les politiciens paranoïaques, les sociopathies révolutionnaires ou guerrières que sur la schizophrénie d'un simple indigent, dont les fragmentations et proliférations psychiques peuvent être les embarcadères du plus effarant voyage dans la paléontopsychie.

Professeur des maladies mentales et de l'encéphale, M. Ballet resta historien pour montrer à ses auditeurs, chez les malades, la pérennité des mêmes processus affectifs et intellectuels sous des modalités variées liées aux conditions de la vie sociale et de l'évolution des temps.

Les malades pour la leçon du dimanche étaient longuement étudiés pendant plusieurs semaines. Dans les observations, souvent enrichies de notes manuscrites du maître, les symptômes étaient hiérarchisés. Rien n'est nécessaire, en clinique, comme cette mise en place. En psychiatrie, elle est indispensable après l'échenillement de l'âme, l'élimination de tous les parasites qui gênent la vision du profil pathologique.

Les faits réunis et classés, M. Ballet travaillait sur eux à la manière du géomètre. On a pu lui reprocher, comme dans son étude sur le fond mental des paralytiques généraux, avec Genil-Perrin, d'avoir été trop statique.

Mais si cette critique peut porter contre un travail original, elle ne mord pas sur une leçon. Dans la leçon, le professeur enseigne. Je le dis parce qu'on l'oublie quelquefois. Enseigner, c'est nourrir l'esprit en lui fournissant une nourriture adéquate. Dans l'enseignement clinique français, ce but est presque une gageure. Je me souviens de l'auditoire regorgeant des matinées dominicales de la Clinique psychiatrique du temps de M. Ballet. Quel mélange ! De vieux médecins, de jeunes étudiants en médecine et en lettres ou en philosophie, de jolies femmes, des curieux.

Quel verbe nuancé il faut pour toucher tous et chacun, ne pas être trop élémentaire pour beaucoup, ne pas être trop élevé pour certains, intéresser tout le monde, n'ennuyer personne. Gilbert Ballet réussissait ce tour de force, car il avait la clarté, la variété, le charme.

La clarté des divisions asseyait l'auditoire au repos dans le cadre du sujet. L'évidence des termes, toujours simples ou expliqués, ne faisait pas des phrases du maître une logomachie digne d'être un rébus. C'était d'ailleurs là une simple application de l'esprit classique. Ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement, etc..., selon le propos d'un auteur trop raisonnable, qu'on gagnerait à relire quelquefois — à petite dose.

La variété du fond, le passage de la démonstration théorique à l'exposé clinique, avec présentation du malade, le dialogue avec celui-ci, les remarques piquantes, sans êtres cuisantes, les nuances de la forme, l'éloquence de la voix et du geste mettaient la vie dans l'exposé, faisaient de la leçon presque une saynète. Certains malicieux parlèrent même de « Folies Sainte-Anne ». Qui dira le charme de ces séances ? Elles dépassaient souvent l'heure ; elles paraissaient toujours trop courtes ! Charme, de *carmen,* chant, formule d'enchantement, anciennement *casmen,* du sanscrit *casman,* de *cans,* célébrer, comme cette embryogénie spirituelle qu'est le langage éclaire l'action verbale de notre maître !

C'était un magicien du verbe. « Comme orateur, disait très justement notre collègue René Semelaigne, il possédait des dons naturels propres à lui assurer dans n'importe quelle assemblée d'incontestables succès et partout où s'élevait sa voix chaude et vibrante, on se taisait pour écouter. »

Le rôle de professeur n'est pas que dans l'enseignement. Le professorat, en couronnant et éclairant l'œuvre scientifique du médecin, la met mieux en valeur.

Psychiatre, Gilbert Ballet le fut toute sa vie s'il n'enseigna la psychiatrie officiellement que de 1891 à 93, en remplacement du Professeur Ball et du 1er mars 1909 à la guerre, comme successeur du Professeur Joffroy.

L'œuvre psychiatrique de Gilbert Ballet est considérable par la valeur et l'abondance des travaux. Je l'ai exposée quand j'ai remplacé le Professeur Dupré pendant sa maladie.

Ce fut le sujet de ma première leçon, le 16 novembre 1919.

En prenant la parole dans l'amphithéâtre de la clinique, qui fut celle de Gilbert Ballet pendant 7 ans, je ne pus m'empêcher de dire : « *Sunt lacrymæ rerum.* Tout ici me le rappelle, les murs, les visages mêmes, la table familière, le fauteuil où il se renversait un peu en arrière, ce petit pupitre qu'il touchait de sa main en parlant, quand il tournait les feuillets de ses notes. » (1).

J'aimais son intimité dans son service, dans sa voiture ou chez lui. Quand j'entrais dans son bureau, il répondait à mon salut par sa main levée, qui, silencieusement, disait l'amitié, le désir d'une intimité de pensée non heurtée par l'interférence familière et l'annonce d'échanges d'idées quand serait déblayé le tran-tran quotidien des papiers.

Monté dans sa voiture, c'était déjà la demi-détente. Assis un peu de côté, les pulpes des doigts jointes, il me demandait les derniers échos de la vie médicale, le nouveau de telle communication, l'essence de tel mémoire, la valeur de tel travail, tour de vol plané qui gagnait du temps en motivant le choix de la lecture ultérieure.

Chez lui, dans son cabinet tapissé de livres, selon la formule de Charcot, il jouissait de la pensée pure. Quand j'arrivais le soir pour la mise au point de quelque article, je trouvais le patron méditant entre une infusion, son cigare et les flammes du foyer. Il n'y cherchait pas, comme d'Astarac, des salamandres évanescentes et renouvelées, mais, devant l'énergie radiante née de la braise mourante et se muant en fumée, se demandait-il quel Carnot trouverait le principe de la psychodynamique ?

---

(1). — Laignel-Lavastine. — L'œuvre psychiatrique et sociale de Gilbert Ballet *Paris-Médical*, 2 octobre 1920, p. 549.

Je n'ai pas à exposer l'œuvre scientique de Gilbert Ballet. Ce serait empiéter sur le domaine de mes amis Marchand, Lévy-Valensi, Fribourg-Blanc.

Je rappelle seulement que les avenues, qui menèrent M. Ballet à la psychiatrie, furent nombreuses : l'introspection, l'art, l'histoire et la littérature. Ses recherches en psychiatrie peuvent être groupées sous huit chefs : méthode anatomo-clinique et lésions corticales des psychosiques, confusion mentale et psychoses toxiques, hystérie et démence précoce, psychose périodique, psychose hallucinatoire chronique, vues générales psychiatriques, tant cliniques que médico-légales et médico-militaires.

J'ai analysé la technique du professeur, rappelé l'œuvre scientifique et loué l'orateur.

J'ai essayé de montrer la finesse et la clarté d'une intelligence si fortement différenciée que les émois du cœur n'en ébranlèrent pas la statique rationnelle. Et cependant, la vie quotidienne révélait un cœur, dont la cuirasse sociale n'avait pas atténué la force des battements.

Au début de 1916, touché à mort et le sachant, il s'occupait avant tout de la douleur des autres. Nous montions alors un calvaire commun. Il me montra jusqu'à quel point il pratiquait la charité.

Que Mme Ballet, Mme Glénard, MM. Jacques et Victor Ballet et M. Roger Glénard me pardonnent ces derniers mots plus intimes. Qu'ils y voient l'expression fervente de ma reconnaissante et respectueuse affection pour le Professeur Ballet.

Allocution du Dr Jules Comby

délégué par la Société Médicale des Hôpitaux de Paris

Mesdames, Messieurs,

Né à Ambazac le 29 mars 1853, Gilbert Ballet avait fait ses études classiques au Lycée de Limoges. C'est à ce Lycée, qui ne portait pas encore le nom prestigieux de Gay-Lussac, que nous eûmes l'occasion de le rencontrer et de le suivre pendant nos longues années d'internat. Excellent camarade, serviable, obligeant, d'humeur égale, il était aimé de tous.

Je ne parlerai pas des succès scolaires obtenus par cet élève excessivement brillant, devant le retrouver bientôt à la Faculté de Médecine de Paris qui lui en réservait de plus grands.

Bien que, à un mois près, nous fussions du même âge, l'intelligence précoce et supérieure de notre condisciple lui donnait toujours une avance de une ou deux années dans la voie des examens et des concours. C'est ainsi qu'à 22 ans, en 1875, il fut interne des Hôpitaux, alors que nous n'obtenions ce titre qu'en 1877. Nommé Médecin des Hôpitaux en 1885, il arrivait rapidement ensuite à l'agrégation.

Cependant une chaire de psychiatrie venait d'être créée à la Faculté de Paris. Elle fut occupée par le professeur Ball, maître lui aussi dans l'art de bien dire, auquel succéda Joffroy puis Gilbert Ballet, tous les deux élèves de l'illustre Charcot. Transportée à l'asile Sainte-Anne, la chaire nouvelle semblait ainsi dévolue aux représentants qualifiés de l'Ecole de la Salpêtrière, c'est-à-dire à la neurologie.

Dans cette chaire, à laquelle le portaient ses travaux neuro-psychiatriques et sa vocation, Gilbert Ballet devait se distinguer par un enseignement des plus brillants et des plus fructueux. Nous laissons à des collègues plus compétents le soin d'apprécier ses publications en médecine mentale, nous bornant à souligner les étapes de sa carrière et quelques traits de sa personnalité.

Elève de Charcot, comme Joffroy son prédécesseur à Sainte-Anne, Gilbert Ballet avait préludé par la neurologie à la psychiatrie, ce qui n'était pas un désavantage. Il devait cultiver cette autre branche de la médecine avec la même ardeur et le même talent que la première. Elles sont d'ailleurs étroitement unies ; il ne changeait donc pas, il continuait. Au surplus, sa faculté d'adaptation le faisait réussir dans tout ce qu'il entreprenait. Avec son intelligence étayée de fortes études classiques, son esprit clair et méthodique, son robuste bon sens, il était parfaitement équilibré et gardait en tout la mesure. Maître de sa parole, il ne se laissait pas entraîner par son éloquence naturelle. Notre Limousin, il faut le reconnaître, n'a jamais manqué d'hommes éloquents. Sans remonter jusqu'à Vergnaud ou même Lachaud, orateurs célèbres, nous avons connu des médecins très éloquents ; je ne veux parler que de nos morts regrettés. Après Gilbert Ballet, la Haute-Vienne nous a donné les Drs L.-M. Jacquet, de P.-C. Ribierre,

disparus aussi prématurément, avant d'avoir achevé leur tâche.

Après quelques années d'un enseignement qui le classait au premier rang des aliénistes et l'avait désigné pour la Présidence du Congrès de neurologie et psychiatrie, Gilbert Ballet disparaissait, à 62 ans, le 17 mars 1916, en pleine activité intellectuelle, en pleine maturité, laissant espérer une production scientifique hors de pair. Un destin cruel le ravissait, bien avant l'âge de la retraite, à l'affection des siens et à l'admiration reconnaissante de ses élèves. Notre collègue A. Chauffard, qui l'avait vu à l'œuvre, à la Faculté de Médecine, et qui le prisait fort, me disait, en apprenant l'hommage qu'on allait lui rendre à Limoges, qu'il était mort trop tôt pour la science, le temps seul lui ayant manqué pour donner toute sa mesure. Rien de plus exact, et ce témoignage d'un maître, je l'ai recueilli de plusieurs bouches particulièrement autorisées.

Déjà connu par des publications de premier ordre, en neurologie d'abord, en psychiatrie ensuite, Gilbert Ballet n'avait pas eu le temps de creuser très profondément le champ si vaste de la médecine mentale. On doit le regretter, car il avait toutes les qualités requises pour l'avancement d'une science à laquelle il s'était donné tout entier, la servant avec passion. Ce terme est peut-être exagéré. Car Gilbert Ballet n'avait rien d'un passionné. S'il sentait promptement et vivement, il manifestait calmement. Engagés tous les deux, presque à la même époque, dans la voie des concours, nous n'étions pas sans éprouver parfois des déceptions, et subir des échecs que nous jugions immérités. Le collègue Gilbert Ballet acceptait cela sans émoi apparent et, cherchant à calmer les réactions un peu vives d'un concurrent plus nerveux : *semper intelligere, nunquam indignari,* disait-il ; comprendre toujours, ne s'indigner jamais. Cette sentence, qu'il avait empruntée, je crois, à Spinosa, le maintenait dans une égalité d'humeur qu'on pouvait lui envier. C'était un philosophe pratiquant.

Professeur né, éloquent sans emphase, clinicien de la bonne école, formé par des maîtres qui ne donnaient pas tout leur temps au laboratoire, en réservant une part à l'examen complet et à l'interrogatoire bienveillant des malades, Gilbert Ballet s'était bien vite acquis la confiance et la sympathie de ses clients comme de ses élèves. Tous ceux qui l'ont suivi

dans ses visites et ses leçons de Sainte-Anne en gardent le souvenir. Psychologue averti, fin observateur, il savait retourner les psychopathes, les entretenir avec bonté, les réconforter par ses gestes, sa physionomie, sa parole compatissante. Ayant à soigner un de ces psychasthéniques qui tourmentent leurs médecins et en changent volontiers, il nous fit part un jour de ses confidences. Ce malade, plus ou moins imaginaire, va consulter un grand médecin, une lumière de la Faculté, savant, éloquent, mais un tant soit peu pontife et distant. Sorti désespéré de cette consultation, il va trouver Michel Peter, le disciple de Trousseau, l'éditeur de ses œuvres. Ce dernier, en tout l'opposé du collègue précédent, écoute le malade, lui témoigne de l'intérêt, de la sympathie, s'apitoyant sur son cas, etc. Bref, le client, transfiguré, va partout proclamant les mérites de Peter. La bonté, dont avait fait preuve ce grand consultant, Gilbert Ballet la possédait au même degré et il pratiquait cette maxime que, pour bien soigner les malades, particulièrement les nerveux, il faut les aimer.

Les succès qu'il avait si justement obtenus dans sa clientèle, ne lui manquèrent pas auprès de ses collègues. A la Société Médicale des Hôpitaux de Paris qu'il a présidée avec une rare distinction en 1911, ses communications étaient particulièrement goûtées. Il serait trop long d'analyser ou même d'énumérer ses travaux. J'ai dû me borner à marquer les étapes de sa brillante carrière, en dégageant quelques traits de cette grande figure médicale, qui fait honneur à notre chère Province du Limousin.

Causeur charmant, sachant écouter, supportant la contradiction sans perdre le sourire, Gilbert Ballet offrait l'exemple d'une supériorité intellectuelle asociée à la bienveillance et à la modestie. L'aménité de son caractère, son honnêteté professionnelle, sa probité scientifique, l'agrément de son commerce, tout l'ensemble de ses qualités morales lui avaient valu la sympathie générale et de fidèles amitiés.

L'hommage qui lui est rendu aujourd'hui, dans cette ville de Limoges, berceau de sa formation intellectuelle, était des plus mérités. Le corps médical de France, et l'on pourrait dire le monde savant tout entier s'y associent cordialement.

Allocution de M. L. Marchand
Président de la Société Médico-Psychologique

Mesdames, Messieurs,

La Société Médico-Psychologique est heureuse, par la voix de son Président, de joindre son admiration à l'Hommage que la Ville de Limoges rend aujourd'hui au Professeur Gilbert Ballet. Elle tient à prendre part à la glorification de l'un des siens, du maître qui présida avec tant d'autorité ses séances durant l'année 1903.

D'autres, plus qualifiés, ont retracé les étapes de la brillante carrière de Gilbert Ballet, comme professeur, comme clinicien, comme neurologue, comme médecin-légiste. Je me bornerai à évoquer ici, devant de si hautes compétences, les raisons scientifiques qui élèvent l'œuvre de Gilbert Ballet au rang des plus importantes conquêtes dans le domaine psychiatrique. Pour montrer quelle fut son influence, je m'efforcerai de préciser le rôle qui lui revient dans l'évolution de cette branche de la médecine. Psychose hallucinatoire chronique, psychose périodique, paralysie générale, psychose polynévritique, délires toxi-infectieux, telles sont les affections que Gilbert Ballet a le mieux étudiées.

A une époque où l'on avait dissocié sans motifs suffisants les diverses psychopathies s'accompagnant d'hallucinations, il a montré que l'on peut les rattacher à un même type morbide qu'il proposa de désigner du nom de psychose hallucinatoire chronique, syndrome qui figure actuellement dans toutes les classifications des maladies mentales. Il établit que dans cette affection la dissociation de la personnalité est constante, que cette dissociation est le trouble fondamental de la maladie, elle est décelable dès le début et par la suite ne fait que s'accuser. Il en est de même du phénomène de l'écho de la pensée qui accompagne toujours les hallucinations et souvent les précède. Le malade a toujours l'impression qu'on devine sa pensée, qu'on la prend, qu'on la répète et cela souvent avant d'objectiver ses sensations, c'est-à-dire avant d'avoir des hallucinations psycho-sensorielles. Il fait également remarquer que les idées de persécution, bien que constituant le phénomène symptomatique le plus saillant de l'affection ne sont qu'un phénomène accessoire et secondaire.

En 1909, il entreprend une série de recherches sur la psychose périodique et il résout l'importante question de savoir dans quelle proportion la manie est une affection par essence récidivante. Sur ce point, les aliénistes n'étaient pas d'accord ; les uns considéraient que la manie est une affection accidentelle n'ayant aucune tendance à récidiver, d'autres soutenaient que cette affection dépendait surtout du fonds constitutionnel présenté par les malades et se répétait par accès. Par une statistique établie dans de rigoureuses conditions, Gilbert Ballet montra que chez ces malades, la proportion des accès antérieurs est d'autant plus grande qu'on a affaire à des malades plus âgés et il en concluait que la manie est une affection essentiellement récidivante et appartient dans l'immense majorité des cas à la psychose périodique. Il émet dès lors la proposition suivante qui est devenue classique : « Quand, chez un jeune homme ou une jeune fille, on se trouve en présence d'un accès de manie, on peut dire à peu près avec certitude que le ou la malade présentera dans la suite de nouveaux accès de manie ou de mélancolie.

Les travaux de Gilbert Ballet concernant la paralysie générale eurent une immense influence et, avec le recul des années, on peut dire qu'il fut l'un de ceux, après Fournier, qui contribuèrent le plus à établir la pathogénie syphilitique de cette affection. Il y a lieu de se rappeler quelle était encore en 1898 l'atmosphère intellectuelle concernant les rapports de la syphilis et de la méningo-encéphalite diffuse. Depuis des années, on bataillait sans résultat sur cette question. L'origine spécifique de l'encéphalite diffuse passait encore pour de nombreux auteurs pour une téméraire hypothèse. La lésion première était pour les uns une encéphalite interstitielle, pour d'autres une encéphalite parenchymateuse ; Gilbert Ballet montre que les lésions premières, celles qui dominent en importance et commandent les autres, sont les lésions vasculaires.

De ce fait, il en induit quelque enseignement au sujet de l'origine et de la nature de ces lésions : il aborde la question encore controversée des relations de la paralysie générale et de la syphilis en s'appuyant sur l'anatomie pathologique. Il soutient que les lésions plaident non pas contre, mais en faveur de l'étiologie spécifique. Il fait remarquer que ce serait faire appel à une anatomie pathologique vieillotte de supposer que la forme nodulaire ou gommeuse soit la seule qu'affectent les

lésions syphilitiques. Lorsqu'on jette un coup d'œil sur les altérations vasculaires, l'impression première, c'est que ces altérations sont, suivant toute vraisemblance, de nature infectieuse, que des lésions de cette physionomie à évolution lente et subaiguë ont des chances pour relever de la syphilis et il en concluait que les lésions de la paralysie générale constituent un argument en faveur des relations qui rattachent cette maladie à la syphilis. Depuis, la découverte du tréponème au sein du tissu cérébral est venue donner une éclatante confirmation de ces rapports, et la nature syphilitique de la paralysie générale n'est plus mise en doute par aucun clinicien.

Un des mérites essentiels du maître dont la mémoire nous réunit aujourd'hui est d'avoir soutenu que la médecine mentale ne deviendra vraiment scientifique que lorsqu'on pourra établir les rapports qui existent entre les troubles mentaux aigus et les lésions de l'encéphale. Fervent partisan de la méthode anatomo-clinique, Gilbert Ballet s'efforça de préciser les lésions cérébrales qui conditionnent les psychoses d'origine toxique et toxi-infectieuse. C'est ainsi qu'il établit que les états de confusion mentale qui sont consécutifs aux infections et aux intoxications dépendent d'altérations corticales et qu'il s'agit dans l'espèce de lésions dégénératives limitées aux cellules pyramidales, en un mot d'une encéphalite parenchymateuse. Il fait remarquer que les lésions de ces cellules présentent dans leur physionomie une ressemblance frappante avec celles des cellules spinales qu'il a rencontrées au cours des polynévrites et il appelle cette forme de confusion mentale « cérébropathie psychique toxémique ». Ces lésions expliquent que les toxines ont fait plus que perturber par action directe la fonction des cellules cérébrales et qu'elles en ont altéré la structure. C'est pourquoi les troubles mentaux persistent encore plusieurs mois après que l'infection a pris fin.

Je ne saurais terminer ce rapide exposé des principaux travaux psychiatriques de Gilbert Ballet sans vous rappeler ses idées si originales pour l'époque sur l'Assistance des Aliénés.

En 1913, à propos du projet de révision de la loi de 1838, voté par la Chambre des Députés et soumis au Sénat, Gilbert Ballet soutient cette thèse que la loi doit être d'une part une loi d'assistance puisqu'elle vise des malades, d'autre part une loi de protection sociale puisque certains de ces malades sont dangereux. Elle doit tenir compte en réalité de trois catégo-

ries de malades qui exigent trois régimes différents, les malades dangereux contre lesquels il faut se protéger, les malades protestataires auxquels il est nécessaire d'imposer le traitement, enfin des malades susceptibles simplement d'assistance. Il déplore que chaque fois qu'on prend des mesures à l'égard des psychopathes, ce soit toujours dans l'intérêt des « autres » et jamais de ces derniers. Il demande la création de quartiers séparés dans les hôpitaux ou les hospices dans lesquels on éviterait d'imposer sans nécessité des mesures vexatoires à des malades et à des familles dignes de pitié. Il aimait à résumer ses idées par cette simple phrase : « Le psychopathe aigu à l'Hôpital, le psychopathe chronique à l'hospice ou à la Colonie » et il ajoutait : « Je me tiendrais pour satisfait, confiant dans l'avenir, si je voyais se dessiner simplement une orientation dans ce sens ». Cette suggestion a été réalisée en 1921 par le Conseil général de la Seine sur la proposition d'Henri Rousselle dont le nom a été donné à l'Hôpital que dirige mon maître, le docteur Toulouse. L'idée est en marche et bientôt s'organiseront dans toute la province des hôpitaux psychiatriques avec services ouverts et dispensaires de prophylaxie mentale.

Permettez-moi, avant de terminer, d'évoquer un souvenir. Il remonte aux premières années de ma carrière. Il a pour cadre le somptueux Hôtel de Ville de Limoges, où, en 1901, avait lieu l'inauguration de la 11ᵉ session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes. Gilbert Ballet présidait et je me rappelle avec quelle satisfaction, dans son discours d'ouverture, il proclamait que c'était la première réunion où les aliénistes et les neurologistes s'étaient fusionnés. C'était à son active intervention qu'on devait cette heureuse initiative qui nous réunit aujourd'hui autour de son buste, qui consacra une alliance qu'on était surpris de ne pas voir plus intime, que la logique commandait et qu'aucune influence ne put rompre dans la suite. Gilbert Ballet représentait l'union intime de la neurologie et de la psychiatrie et à ce seul titre les membres de ce congrès doivent s'incliner devant sa mémoire.

L'œuvre de Gilbert Ballet est considérable et seuls ses travaux psychiatriques dont je n'ai pu rappeler que les principaux suffiraient à lui assurer la célébrité. Dans ses recherches, nulle hypothèse hasardeuse, nulle tendance doctrinale, mais des données précises, bien établies, qui, aujourd'hui encore, nous servent de guide puisque le temps n'a fait que

montrer leur solidité. Il savait combien il faut être réservé et circonspect devant les faits biologiques. Gilbert Ballet fut un initiateur et un précurseur aimant à discuter avec un esprit critique très développé les grands problèmes de l'heure tout en jetant un coup d'œil sur l'avenir. « Ne perdons pas de vue, disait-il, que si l'observation clinique doit rester notre principal moyen d'études, les faits qu'elle est susceptible de révéler s'épuisent et qu'il est temps de faire appel à d'autres procédés d'investigation. »

Il me reste un devoir à remplir, celui de remercier au nom de la Société Médico-Psychologique l'association générale des Médecins de la Haute-Vienne grâce à laquelle est élevé le monument qui célèbre l'une des plus éminentes de nos gloires psychiatriques. L'effigie de Gilbert Ballet, fixée maintenant dans son expression la plus saisissante, continuera à vivre par delà la mort. Elle est digne de parer l'entrée de cette école de médecine qui le compta parmi ses élèves, elle illustre le renom de la ville de Limoges sur laquelle plane déjà le souvenir de Dupuytren, de Gay-Lussac, de Cruveilhier. Elle sera pour la jeunesse un exemple salutaire lui montrant que celui-là seul parvient à une gloire durable qui a su montrer la route du Progrès.

Allocution de M. le professeur agrégé Lévy-Valensi
délégué de la Société de Neurologie de Paris

Mesdames, Messieurs,

Le hasard, parfois bienveillant, a voulu qu'en choisissant son président annuel pour la représenter à cette cérémonie, la Société de Neurologie de Paris désignât un des élèves de celui que nous commémorons aujourd'hui, c'est dire un de ceux qui pieusement conservent son souvenir. Cette mission, je l'ai reçue avec une gratitude émue, mais ne l'ai pas acceptée sans quelque appréhension, la dualité de mon personnage me faisant redouter — et je m'en excuse d'avance — de voir insensiblement sur le messager prendre le pas le disciple reconnaissant.

Gilbert Ballet appartient à cette pléiade de neurologistes, la plupart élèves de Charcot et tous devenus illustres, qui, le 8 juin 1899, fondèrent la Société de Neurologie de Paris.

Président de cette Société par le seul privilège de l'âge, je puis, sans manquer de modestie, dire ce qu'elle est devenue : le foyer ardent de la neurologie française autour duquel les plus grands neurologistes du monde ne dédaignent pas de venir s'asseoir.

Si toutes les grandes découvertes neurologistes n'ont pas pris naissance rue de Seine, toutes y ont eu un rapide écho et le *Bulletin* de notre Société, avec la *Revue Neurologique* qui l'enchâsse et le prolonge, est un admirable traité de neurologie incessamment tenu à jour.

A la première séance de la Société, le 6 juillet 1899, Gilbert Ballet apportait trois observations :

Lésion protubérantielle avec paralysie alterne sensitive et faux syndrome de Brown-Séquard ; delirium tremens chloralique ; délire hallucinatoire toxique avec crises épileptiformes dû vraisemblablement à une intoxication par le sulfate de Cinchonidine, — observations qui montrent la double tendance neurologique et psychiatrique de mon Maître, et le souci constant qu'il a de considérer la neurologie et la psychiatrie comme les deux branches d'une même science.

En 1899, Gilbert Ballet est déjà un neurologiste éminent. Sa thèse (1881), *Recherches anatomiques et cliniques sur le faisceau cérébral sensitif et les troubles de la sensibilité dans les lésions du cerveau*, fait époque, et si quelques-unes des opinions qui y sont soutenues ont été controuvées, la plupart sont demeurées classiques. En 1882, la chaire de clinique neurologique de la Salpêtrière est créée, Gilbert Ballet est le premier chef de clinique de Charcot. La même année, avec son ami Pierre Marie, il fait connaître, en France, la curieuse *Maladie de Thomsen*. En 1886, c'est sa thèse d'agrégation : *le langage intérieur et les formes cliniques de l'aphasie*, étude de fine psychologie à laquelle emprunteront tous ceux qui aborderont cette délicate question, et lui-même dans son article du *Traité de Médecine* (1901). Enumérer les travaux neurologiques de Gilbert Ballet serait passer en revue toute la neuropathologie, je ne le ferai point et citerai seulement quelques étapes de sa carrière neurologique. De 1883 à 1895, seul ou avec son élève Enriquez, il étudie le goitre exophtalmique au triple point de vue clinique, expérimental et thérapeutique et est conduit par ses recherches au traitement de la maladie de Basedow par le sérum d'animaux éthyroïdectomisés, méthode qui, aujourd'hui encore, est couramment

utilisée. En 1895, avec Lebon, il étudie *les myélites infectieuses expérimentales ;* en 1897, *le traitement chirurgical de l'épilepsie partielle ;* en 1899, avec Bernard, *les paraplégies obstétricales ;* en 1905, avec Félix. D. Rose, *une affection bulbo-spinale spasmodique familiale ;* la même année, avec Laignel-Lavastine, *les lésions cadavériques de l'écorce cérébrale de l'homme et du lapin étudiées par la méthode de Cajal ;* en 1906, Gilbert Ballet fait une série de leçons sur *les troubles de l'orientation et de l'équilibration.* La même année, il préside la Société de Neurologie, et commence sa brève allocution par cette phrase : « *C'est ici une société où l'on montre et non une Société où l'on parle* », formule que devraient méditer les membres de toutes les assemblées, les scientifiques comme les autres.

A partir de 1909, l'activité neurologique de Gilbert Ballet se ralentit. Il est professeur de clinique des maladies mentales, son champ d'action va le porter désormais vers la médecine de l'esprit.

Cependant, il est loin de se désintéresser des problèmes neurologiques ; assidu à toutes nos séances, il prend part aux discussions avec le bon sens, la justesse d'expression, la clarté d'exposition qui le caractérisent.

En 1910, il préside avec maîtrise la réunion qui groupe neurologistes et psychiatres autour du problème captivant de l'*Emotion.*

Pendant la guerre, il dirige le centre des psycho-névroses de Ville-Evrard et apporte à la Société de Neurologie et aux réunions neurologiques de guerre le résultat de ses observations sur les blessés nerveux ou commotionnés et c'est : *rôle de l'affectivité sur le jugement et l'esprit critique ; persistance de la contracture psychique pendant le sommeil ; œdème blanc et contracture psychique, syndrome de Brown-Séquard par éclatement d'obus,* etc., etc...

Le 21 octobre 1915, il préside la réunion neurologique de guerre. La question posée est la *Simulation,* problème délicat qui nécessite un comité secret. Gilbert Ballet a proposé un plan de discussion lumineux. J'ignore ce que fut cette discussion, mais il en résulta le renforcement des centres neurologiques du front et de l'intérieur qui rendirent des services incalculables.

Le 4 novembre 1915, Gilbert Ballet apporte à la Société de Neurologie, une étude sur le *tremblement émotionnel, expression mimique de la frayeur ;* le numéro de janvier de

la *Revue Neurologique* publie un article sur la *Psychose hallucinatoire chronique.* Dans cet article, Gilbert Ballet revient sur une opinion antérieurement soutenue qu'il considère comme inexacte après une nouvelle discrimination des faits.

Cet acte de bonne foi sera le chant du cygne. Désormais, aucun article de lui ne paraîtra dans la *Revue Neurologique,* désormais, sa place demeurera vide à la Société de Neurologie.

Je le revois à cette place, au premier rang, à droite de la tribune ; la jambe croisée agite le pied finement chaussé ; la tête s'appuie sur la main gauche à demi-ouverte ; derrière le verre du lorgnon, brille le regard étincelant d'esprit, fenêtre ouverte sur l'intelligence d'élite que voile bien souvent un fin nuage de bonté ; sur son visage, ce sourire ironique, un tantinet sarcastique même, masque de sceptique désabusé qui ne parvient pas à dissimuler l'âme ouverte à tous les enthousiasmes généreux, le cœur débordant d'une infinie tendresse.

L'avouerai-je ? Quand il m'arrive, et c'est souvent, d'évoquer le souvenir de mon Maître, ce n'est pas à la Société de Neurologie.

C'est à l'Hôtel-Dieu, à la policlinique du samedi matin, dans le *salon* aujourd'hui disparu, de la Salle Sainte-Anne. Au milieu, la petite estrade sur laquelle est assis le patient ; devant l'estrade, les trois fauteuils alignés, pour le Maître et ses deux internes, mon ami André Barbé et moi ; autour, les externes, les stagiaires, les assistants nombreux malgré la dangereuse concurrence de Dieulafoy. L'externe lit l'observation, Gilbert Ballet interroge et examine le malade, puis, ayant évoqué ses souvenirs de clientèle et d'hôpital, arrive à un diagnostic précis qui conduit à une thérapeutique judicieuse.

C'est, plus tard, Sainte-Anne, et les cours du dimanche dans l'amphithéâtre où aujourd'hui encore je ne puis sans émotion prendre la parole. Le public entassé déborde dans le petit escalier qui conduit aux gradins. A chaque bout de la table, un chef de clinique, mon ami Pierre Kahn et moi-même. Gilbert Ballet présente les malades avec un incomparable *brio,* puis, à propos de quelques-uns, va défendre l'une des théories qui lui furent chères ; *l'écho de la pensée et l'hallucination précédant le délire, la lutte contre l'alcoolisme, la refonte de la loi de 1838, la question de la responsabilité dans les expertises,* etc., etc.

J'entends sa voix éloquente où, musical, chante l'accent

de la province aimée, le vôtre Messieurs, et je revois ce geste de la main qui précède, enveloppe et conduit l'idée.

Toute cette activité, la guerre devait la détourner, la mort devait bientôt l'éteindre.

Je vous ai dit ce que fut pendant la guerre le rôle officiel de Gilbert Ballet. Je ne vous dirai pas ce que fût sa bienveillance pour ses élèves et leurs familles ; les uns ni les autres ne l'ont oubliée.

Quand je revis Gilbert Ballet, au début de 1916, je le savais gravement atteint. Cependant, en voyant sur son visage les signes de la maladie qui impitoyablement le conduisait au tombeau, je dissimulai mal mon émotion. L'aperçut-il ? Avec cette coquetterie de sentiments qui ne l'abandonna jamais, il essaya de faire naître en moi une illusion qu'il ne pouvait connaître.

Je le quittai. Au moment de franchir pour la dernière fois le seuil de cet hôtel qui me fut si souvent accueillant, je me retournai.

Dans le clair-obscur de l'antichambre, romantique montait l'escalier conduisant aux appartements ; tout en haut, sur le fond lumineux du cabinet de travail, fine, amenuisée par le mal, se dessinait la silhouette de mon Maître. Il me fit de la main un signe amical, geste d'adieu, pour lui comme pour moi.

Par un matin blême de mars, il partit pour aller dormir dans la terre natale où ce matin je suis allé le visiter. Ses proches seuls l'accompagnaient. L'heure était grave ; il n'avait voulu distraire aucun de ses élèves de sa tâche sacrée. L'un d'eux, cependant, enfreignit sa défense et, dissimulé derrière une porte, lui adressa à l'heure où il partait l'hommage de sa ferveur, de sa douleur et de sa vénération.

Les années ont fui et la neige du temps a blanchi bien des fronts, mais demeure impérissable dans la mémoire de ceux qui l'ont connu et l'ayant connu l'ont aimé, le souvenir de Gilbert Ballet.

Ceux-là sont nombreux à la Société de Neurologie dont je suis à cette heure le messager, et où les jeunes qui n'ont pu le connaître ne prononcent son nom qu'avec respect.

J'ai essayé d'évoquer devant vous Gilbert Ballet neurologiste et crois ainsi avoir rempli la mission qui me fut confiée, mais ma tâche n'est pas encore accomplie.

Devant ce monument par lequel la piété de ses conci-

toyens a voulu perpétuer ses traits, abandonnant mon rôle officiel, je me retrouve devant vous, Maître, comme autrefois, seulement votre élève et, pèlerin du souvenir, de mon cœur fidèle où la reconnaissance ne sait pas mourir, vers vous comme l'encens s'élève, monte ma ferveur d'antan, qui, elle du moins, n'a pas vieilli.

ALLOCUTION PRONONCÉE PAR M. FRIBOURG-BLANC

Au nom de la Société de Médecine Légale de France.

Le professeur Gilbert Ballet

dans son rôle de médecin légiste

La Société de Médecine Légale de France ne pouvait rester indifférente à l'hommage apporté aujourd'hui au professeur Gilbert Ballet. Si son œuvre de clinicien fut grande et variée, si son remarquable talent de Professeur a laissé dans l'esprit de tous ses élèves les bases d'un enseignement original et fécond, comment pourrions-nous oublier qu'il fut aussi un Médecin légiste de la plus haute qualité ? Il ne pouvait, d'ailleurs, en être autrement. Sa vaste érudition, sa connaissance approfondie de l'âme humaine, sa riche expérience clinique, sa curiosité toujours portée vers les questions sociologiques, son ardent besoin d'être utile, le poussèrent spontanément vers la recherche des solutions les plus logiques et les plus pratiques des problèmes médico-légaux.

Ces problèmes, dès le début de sa carrière, il les aborde en Médecin fortement documenté sur toutes les questions neurologiques et psychiatriques. Chef de clinique de Charcot, en 1884, il garda toujours de cette solide formation de base le goût de l'étude objective des faits qui, seule, rend indiscutables les conclusions d'un expert. Aussi, les expertises médico-légales qui lui sont bientôt confiées, attirent-elles rapidement l'attention par leur précision et leur clarté. Nommé médecin expert des Tribunaux, il est commis pour les causes les plus délicates. Les rappeler toutes nous entraînerait bien loin. Un exemple parfait nous est fourni par le rapport qu'il établit avec Paul Garnier, sur l'état mental du sieur J... Martial, arrêté sous l'inculpation d'avoir, le 14 juillet 1890, tiré un coup de pistolet sur le passage du Président de la République.

L'étude clinique de l'inculpé, l'analyse psychologique de son acte, les déductions qui en découlent, y sont exposées avec cette netteté d'expression, cette simplicité de termes qui caractérisent le style de Gilbert Ballet et qui son bien propres à entraîner la conviction des juges. Il s'agissait, dans ce cas, d'un débile mental inventeur, qui avait accompli sa manifestation dans le seul but d'attirer l'attention sur lui. L'attentat était donc plus apparent que réel et la cour n'hésita pas à admettre les conclusions des experts et à relâcher le coupable qui ne relevait ni de l'asile, ni de la prison.

Dès le 8 février 1892, la Société de Médecine Légale de France s'honorait d'admettre Gilbert Ballet parmi ses Membres titulaires. Depuis lors, les bulletins de la Société enregistrèrent ses nombreuses interventions, toutes marquées au coin de la logique et du bon sens.

Dans son enseignement clinique, Gilbert Ballet ne manquait jamais l'occasion de faire ressortir l'intérêt médico-légal que pouvait comporter chaque cas particulier. N'était-ce pas la meilleure manière d'établir, par des faits précis, la liaison qui doit exister toujours entre le clinicien et le médecin-légiste et d'éveiller chez les jeunes, le goût des problèmes médico-légaux ? C'est dans cet ordre de faits qu'il signalait, en particulier en 1910, les « Actes délictueux commis par les paralytiques généraux sous l'influence de l'affaiblissement du sens moral antérieur à l'apparition de symptômes avérés de la maladie ».

Il apportait ainsi des exemples irréfutables (1) des délits caractéristiques de la période présymptomatique de la paralysie générale, à une époque où l'examen du liquide céphalo-rachidien n'était pas encore étayé par l'étude des réactions sérologiques et où seule la lymphocytose rachidienne pouvait aiguiller vers le diagnostic. Mais le sens clinique avisé de ce maître savait tirer parti des moindres ressources.

Aimant la psychiatrie, à laquelle il consacrait avec ardeur toute son activité et les meilleurs ressources de son esprit, il voulait la faire connaître, la faire aimer et la faire estimer de tous et, dans ce but, il désirait avant tout la préserver de toute critique. Il était soucieux d'abord de son bon renom et, de toute son énergie, il s'efforçait de l'empêcher de s'égarer dans

(1) *Société de Médecine légale*, 9 mai 1910.

des aventures qui puissent jeter sur elle le discrédit et nuire à son essort.

C'est pourquoi il voulut jeter un cri d'alarme lorsqu'il vit la Psychiatrie s'ingérer dans des questions qui n'étaient pas de son ressort. Ce sentiment le guida dans la rédaction de son remarquable rapport à la XVIIe session du congrès des aliénistes de Genève-Lausanne en août 1907 sur « *l'expertise médico-légale et la question de responsabilité* ».

Ce rapport est trop connu et les nombreuses discussions qu'il a suscitées sont trop présentes à la mémoire de tous pour que nous en reprenions aujourd'hui l'analyse. Mais il traduit si bien la pensée dominante de Gilbert Ballet, il est l'expression si exacte de sa scrupuleuse conscience de psychiatre et de médecin légiste que nous ne pouvons manquer d'en rappeler les points essentiels.

Gilbert Ballet avait proposé comme titre à son rapport, le libellé suivant : « En matière d'expertise mentale, les questions de responsabilité sont-elles du domaine médical ? » Mais ce titre avait paru trop subversif, car, à cette question, chacun s'attendait à ce que le rapporteur répondit catégoriquement « non » et certains paraissaient craindre qu'une telle réponse entraînât comme corollaire la suppression même du principe de l'expertise psychiatrique.

Malgré le titre plus vague qui lui fut dicté pour ce rapport, Gilbert Ballet ne craignit pas d'affirmer, dès le début et de façon catégorique son opinion : « *Les questions de responsabilité ne sont pas du domaine médical* ». Mais il s'empresse de montrer à ceux qui semblaient voir là une contestation de la nécessité de l'expertise que leur appréhension était chimérique et que « le meilleur moyen d'établir l'impossibilité de se passer du concours médical, dès qu'il y a, chez un inculpé, suspicion d'un trouble mental, c'est de montrer qu'en matière d'expertise, à côté des questions qui regardent le magistrat ou le législateur, il en est qui regardent le médecin seul et de dégager ces dernières des connexités compromettantes dans lesquelles on a pris la fâcheuse habitude de les laisser s'engager ».

Ce qu'il veut montrer dans ce rapport c'est « où finit le rôle du médecin et, par suite, où commence celui du magistrat, quitte à celui-ci à se tourner vers le législateur plutôt que vers le médecin, quand la loi ne met pas à sa disposition les moyens pratiques correspondant à certaines situations que l'expert doit se borner à indiquer et à préciser. »

Dans ses considérations théoriques sur la responsabilité en matière de crimes et de délits, Gilbert Ballet établit que la *responsabilité pénale* est subordonnée, soit à la *responsabilité morale,* qui implique la croyance au libre arbitre et qui entraîne l'expert sur le terrain métaphysique, soit à la *responsabilité sociale* qui vise, non des fautes, mais des préjudices et comporte, non des peines, mais une réparation. Ces questions ne regardent pas le médecin.

« On ne peut, dit-il, en conclusion, parler de responsabilité morale, sans faire incursion dans le domaine métaphysique. On pénètre, d'autre part, nécessairement sur le terrain juridique quand on parle de responsabilité sociale. C'est au philosophe à décider si l'homme est libre, ou ne l'est pas. C'est au magistrat ou au législateur à prendre ou à arrêter les mesures qui sont adéquates à la responsabilité sociale des diverses catégories de délinquants ou de criminels. »

Lorsque Gilbert Ballet précise les conditions que doit remplir tout rapport médico-légal, il montre que le médecin doit éclairer la justice sur les faits et *rien de plus.* Il nous met soigneusement en garde contre des conclusions fondées sur telle ou telle théorie plus ou moins hasardeuse. Il faut, dit-il « séparer soigneusement les questions doctrinales qui varient suivant les époques et les idées régnantes à ces époques, des faits qui restent indéfiniment vrais. » Et c'est bien là que se manifeste son esprit de sage prudence et de parfaite objectivité scientifique.

Il nous fait justement remarquer, d'ailleurs, que le terme de responsabilité n'existe nulle part dans le code et que l'article 64 du code pénal en particulier ne contient pas ce mot.

C'est en méconnaissant le texte précis de l'article 64, que les magistrats ont pris l'habitude de poser aux Médecins la question de responsabilité que ce texte ne vise pas. « Le Médecin expert doit indiquer le rôle que l'état pathologique a pu jouer dans l'accomplissement de l'acte reproché et c'est tout. »

Gilbert Ballet reconnaît, toutefois, que l'article 64 du Code Pénal, avec les énonciations qu'il comporte, s'adapte insuffisamment, dans bien des cas, aux exigences de la défense sociale. Mais le Médecin expert peut corriger dans une certaine mesure cette insuffisance du texte législatif, sans aborder le problème de la responsabilité, en suggérant au juge la conduite à tenir du point de vue médical, à l'égard de l'inculpé. « Il ne nous est pas interdit, une fois notre rôle d'expert terminé,

d'envisager les conséquences de notre intervention. » Gilbert Ballet nous a donné d'ailleurs, lui-même, de nombreux exemples de ce genre de suggestion dans ses propres rapports médico-légaux.

Il s'élève enfin avec force contre le terme de « *Responsabilité atténuée* », dont il montre les réels dangers. Le fait est pourtant très fréquent des « demi-responsables », et, d'accord avec Régis, Gilbert Ballet reconnaît l'impossibilité de classer les délinquants en deux catégories précises : les sains d'esprit et les aliénés. La vaste zone mitoyenne des tarés psychiques est même la plus importante et c'est pour eux que l'avis du Médecin-expert est le plus souvent demandé.

C'est précisément pour ces sujets que l'atténuation de la responsabilité est apparue comme un expédient commode auquel l'expert a recours dans les cas embarrassants et difficiles.

Pourtant, Gilbert Ballet s'était déjà attaché à faire ressortir les périls où mène la condescendance des médecins à adopter un vocabulaire qui devrait leur être étranger, dans la discussion qui avait eu lieu en 1905, à la Société des Prisons, sur le « traitement à appliquer aux délinquants à responsabilité limitée ». Dans son rapport, il y revient en ces termes : « C'est une faute de condamner ces tarés psychiques à une peine infâmante, car, si le médecin n'a pu les déclarer « déments », puisqu'ils ont la notion du bien et du mal et de la portée de leurs actes, ce sont des anormaux qui relèvent de la pathologie ou, du moins, de la tératologie. C'est une faute au point de vue de la défense sociale de les condamner à une peine atténuée, c'est-à-dire à une courte peine, car cela leur permet de reprendre bientôt la série de leurs méfaits. De cette façon on a fait, à la fois de la mauvaise protection sociale et de la mauvaise justice. »

Est-il besoin de rappeler que Gilbert Ballet était en cela pleinement soutenu par des juristes éminents tels que Michelon, Garraud et Grimanelli et que d'illustres médecins à l'étranger : Taylor en Angleterre, Dallemagne en Belgique, Dubois à Berne, étaient d'accord avec lui. Il déclarait d'ailleurs avec modestie que sa doctrine n'était autre que celle trop oubliée de Griesinger et de Marcé.

Pourquoi donc cette doctrine, fondée sur des bases médicales aussi inattaquables, éprouvait-elle tant de difficultés à être adoptée par les médecins experts dans la pratique courante ?

C'est que l'on se heurtait à de grandes difficultés pratiques ; liées à la défectuosité de notre régime pénitenciaire. Gilbert Ballet ne l'ignorait point, aussi proclamait-il déjà avec énergie dans son rapport de Genève et en de multiples occasions, la nécessité d'une réforme de notre régime de répression et l'organisation d'établissements spéciaux pour les délinquants anormaux. Combien de fois depuis, cette épineuse question n'a-t-elle pas été reprise ? Combien de discussions n'a-t-elle pas engendrées et ne sommes-nous pas obligés de convenir avec tristesse qu'elle n'a pas fait de grands progrès depuis 1907 dans le domaine pratique ?

Le rapport de Gilbert Ballet entraîna au Congrès de Genève une discussion mémorable où se déploya la brillante dialectique d'adversaires de talent qui s'appelaient Grasset, Régis, Vallon, Francotte, tandis que l'opinion de Ballet était ardemment soutenue par Dupré, Bard et Bernheim. Rappelons enfin qu'à la suite de cette belle lutte oratoire, le congrès s'était prononcé par un vœu conforme à la thèse de Gilbert Ballet.

C'est dans le même esprit de sage prudence et de clarté scientifique que G. Ballet refusa de prendre parti dans la question de la *légitimité du divorce* pour cause d'aliénation mentale. Cette question ayant fait l'objet d'une enquête de publicistes auprès des psychiatres, Ballet s'éleva énergiquement contre cette nouvelle immixtion de notre science dans une question qui ne la regardait pas. « Est-il souhaitable, disait-il, très judicieusement, au point de vue moral et social de dissoudre l'union de deux conjoints dont l'un est affecté d'une psychose chronique incurable ? Peut-être oui, peut-être non. C'est en tout cas au moraliste ou au sociologue à le rechercher, non au médecin qui y est incompétent ? »

Le même sujet ayant motivé en 1913 de longues discussions à la Société de Médecine légale et le principe du divorce paraissant pour quelques juristes devoir être légitimé par l'incurabilité de certains aliénés, Ballet fut appelé à donner son opinion sur ce point particulier. Là encore il ne se départit point de sa réserve et déclara : « Il y a des cas où l'incurabilité est certaine, mais il faut être très prudent à cet égard. »

Lorsqu'une idée lui était chère, Gilbert Ballet dépensait à la défendre une énergie, une patience et une force de conviction qui furent rarement égalées. L'activité qu'il déploya dans la discussion du *projet de révision de la Loi*

de 1838 sur les aliénés en est le meilleur exemple. C'est le 6 mai 1913 qu'il présentait à l'Académie de Médecine, où il avait été élu l'année précédente, une étude critique de ce projet qui avait été voté par la Chambre des Députés et qui se trouvait soumis à l'examen du Sénat.

Dans cette étude, il faisait clairement ressortir les graves défectuosités de ce projet de loi. Non pas qu'il le jugeât à rejeter dans son ensemble. Il reconnaissait au contraire, qu'il contenait des dispositions heureuses, en particulier en ce qui concerne les aliénés criminels. Mais, le Sénat ayant proposé d'assister tous les malades atteints d'affections mentales, G. Ballet s'élevait avec vigueur contre les mesures qui tendaient à mettre à cette assistance des conditions inacceptables.

La loi, disait-il, devrait être à la fois une loi *d'assistance* et une loi de *protection sociale*. Elle devait s'adresser, en effet, à trois catégories de malades :

1° les psychopathes, non protestataires, constituant la grande majorité des malades d'asiles (80 à 95 %, selon lui) ;
2° les aliénés protestataires ;
3° les aliénés dangereux.

Il y avait donc lieu d'instituer trois régimes différents. Or, le projet de loi envisageait pour tous les malades sans exception, sauf tout au début du traitement, l'intervention de la magistrature et d'une décision judiciaire. « J'admets, disait-il, l'intervention de la magistrature pour imposer un internement nécessaire à la catégorie des aliénés inconscients de leur maladie, mais les psychopathes de cet ordre ne constituent qu'une exception. Or, aux malades non protestataires, le projet de la chambre et celui du Sénat imposent les formalités les plus vexatoires et les plus odieuses.

Il montre que la raison capitale qui a poussé le parlement à modifier la loi de 1838 est la crainte injustifiée des internements arbitraires et que toutes les mesures judiciaires prévues par le nouveau projet de loi n'ont pour but que de rassurer le public en multipliant les garanties contre les soi-disant internements arbitraires. Et pourtant, la loi de 1838 ne se prête nullement, ainsi qu'il le démontre, à ces prétendues séquestrations arbitraires. Cette loi de 1838 n'est pas parfaite, mais ce n'est point par là qu'elle pèche. Le véritable reproche qu'on peut lui faire, est que cette loi

d'assistance n'est en fait qu'une simple loi de protection des aliénés. Mais à tout prendre, G. Ballet considère que « si l'on ne corrige pas le projet en cours, la loi proposée ne rajeunira pas l'ancienne, elle la vieillira. Ce ne sera pas une loi de progrès, mais une loi de recul. Ce ne sera pas une loi médicale, mais une loi policière ».

Les dispositions prévues par l'article 7 qui pose le principe de l'intervention judiciaire pour tout placement dépassant 6 mois, lui paraissent particulièrement néfastes. Cette intervention du tribunal donnera, dit-il, aux malades « une impression de déchéance et de déclassement définitif. Ce sera une aggravation de la loi de 1838 ». Ces mesures vexatoires anihilent les heureuses dispositions de l'article 9 qui prévoyait qu'un malade puisse spontanément demander lui-même son admission dans un asile. Et Ballet ajoute encore : « Dans leur souci de protéger les bien-portants contre un péril imaginaire de séquestration arbitraire, la Chambre et le Sénat ont perdu de vue l'intérêt des malades. »

Le 27 mai 1913, G. Ballet soumettait à l'Académie un vœu résumant ses critiques. Une Commission, présidée par Thoinot, était nommée pour l'étude de ce vœu et la lecture du rapport de cette commission donnait lieu aux séances du 31 mars, du 19 et du 26 mai 1914, à une retentissante discussion au cours de laquelle G. Ballet soutint avec une étonnante ardeur combative les termes du rapport de Thoinot conformes à sa propre thèse. Il se heurtait à l'opposition puissante et redoutable du docteur Paul Strauss, rapporteur du projet de loi devant le Sénat et à l'autorité d'un autre adversaire de marque : Magnan. Mais son argumentation inlassable ne se laissait point prendre en défaut. Avec un courage inébranlable, il attaquait l'obstacle de front et sa franchise allait parfois jusqu'à la véhémence lorsqu'il s'élevait à nouveau contre la hantise chimérique des internements arbitraires et ne craignait pas de critiquer les erreurs de la presse ou des parlementaires à cet égard. Sans vouloir entrer dans le détail de ces longues discussions, qu'il me soit permis de citer seulement à titre d'exemple de l'ardeur combative de G. Ballet, ce passage de son intervention : « Quant aux internements arbitraires, je défie d'en apporter un seul cas authentique, car la loi de 1838 a merveilleusement pris les dispositions pour les rendre impossibles. Cette loi de 1838, en ce qui concerne les formalités d'admission et de maintien est une loi parfaite, elle a

tout prévu, elle s'adapte avec une merveilleuse souplesse à tous les cas. C'est qu'elle n'a pas été faite en chambre, elle a été inspirée par un grand médecin qui connaissait les malades pour lesquels on légiférait, par Esquirol.

C'est faire de la démagogie que de suivre l'opinion publique quand, sur une question spéciale, il est établi qu'elle se trompe, le devoir consiste à l'éclairer. Les protestataires représentent 10 % au maximum de la totalité des malades. Qu'à ceux-là on applique la mesure judiciaire, même avant le délai de 6 mois. Généraliser la mesure judiciaire, ne sera pas une garantie de plus pour la liberté individuelle, elle perdra au contraire (voilà ce que le législateur n'a pas prévu), le caractère de garantie qu'elle a actuellement.

Malgré les résistances de ceux qui ne partageaient point son avis, l'ardeur convaincante de G. Ballet emporta le vote de l'Académie.

Ainsi, en toute occasion, qu'il s'agisse des questions de responsabilité pénale, du divorce des aliénés ou de la réforme de la loi de 1838, nous retrouvons Gilbert Ballet, toujours guidé par la même grande idée, fondée sur la stricte objectivité de la science médicale : *la nécessité absolue d'éviter toute confusion des rôles du médecin et du magistrat.*

« Ainsi vont les choses, disait-il, avec cette fâcheuse confusion des attributions qu'on n'a pas à regretter seulement dans ce qui touche à la médecine. Puisque, parfois, de notre temps, les législateurs qui devraient se contenter de faire les lois prétendent à gouverner, puisque certains magistrats réforment, dit-on, la loi au lieu de l'appliquer, il ne faut pas être trop surpris, que, dans leurs rapports quotidiens avec la magistrature et l'administration, les psychiatres, qu'on a d'ailleurs encouragés à le faire, se soient, sans trop de peine, résignés à sortir de leur rôle. Je souhaite qu'à l'avenir il en soit autrement et qu'ayant à se prononcer dans l'une des très nombreuses questions où l'intervention médicale a sa place, l'aliéniste se dise qu'il est dans l'espèce médecin et rien que médecin et laisse à d'autres le soin de résoudre le côté métaphysique, moral, judiciaire ou social des problèmes à la solution desquels on lui demande de participer. »

Toute la doctrine de Gilbert Ballet est dans ces paroles. Elles résument son enseignement tout fait de prudence, de clarté, d'objectivité, ennemi des théories préconçues et des constructions aventureuses. Si nous savions obéir toujours

à de pareils préceptes n'éviterions-nous pas les critiques trop souvent portées contre nous ? Ces paroles sont d'un grand médecin qui avait pour sa profession une sincère estime et un profond attachement. Elles devraient constituer la charte de tous ceux qui veulent aborder les difficiles problèmes de la médecine légale.

Allocution de M. Henri Talamon

Docteur en droit, avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'Etat, Président de l'Association des Limousins de Paris.

Mesdames, Messieurs,

Je vous demande la permission d'apporter ici, à la mémoire du Professeur Gilbert Ballet, l'hommage de l'Association des Limousins de Paris que j'ai le grand honneur de présider.

M. le Professeur Ballet a été un grand ami de notre Association. Je suis vraiment confus d'occuper la place qui est la mienne quand je songe que, pour une raison que j'ignore, l'éminent médecin n'en a été que vice-président. Sa modestie seule en est sans doute la cause. Mais avec quel dévouement, avec quel soin attentif il veillait sur notre œuvre !

Je relisais, ces jour-ci, les anciens procès-verbaux de notre Association et je ne pouvais m'empêcher de relever avec admiration ses interventions utiles, discrètes, toujours frappées au coin du bon sens.

Je suis un vétéran de notre groupement et le privilège, peu enviable, de l'ancienneté, me permet de reporter ma pensée bien loin en arrière. C'est ainsi que je revois le professeur Ballet dans nos réunions amicales. Son regard, à la fois doux et vif, sous le lorgnon qui ne le quitte pas, a un charme auquel personne ne résiste. Mais combien ce charme augmente lorsqu'il prend la parole. Son éloquence vive, alerte, spirituelle, souvent émue, notamment lorsqu'il évoque un camarade disparu, séduit l'esprit et touche le cœur.

Le pays limousin a produit de grands orateurs dont certains ont été, en outre, de grands avocats, comme Allou, Betolaud, Lachaud. Le professeur Gilbert Ballet aura été un des meilleurs parmi ces orateurs.

Et ce n'est pas un thème banal qu'il traite : c'est le Limou-

sin, la terre qui nous est si chère qu'il évoque. Il reste l'enfant d'Ambazac, de ce délicieux bourg situé presque aux portes de Limoges, au pied des monts auxquels il a donné son nom et qui, tout couverts de bruyères rougissantes, caractérisent, d'une manière si particulière, le charme sauvage et agreste du haut pays.

Plus bas, c'est la vallée riante, ce sont les belles eaux bondissantes, c'est l'infinie variété de notre Limousin.

Au milieu de son labeur incessant, Ballet reportait, volontiers, sa pensée sur ce cher, sur ce magnifique pays. Ballet était un partisan convaincu de l'idée régionaliste.

Cette idée, j'ai eu bien souvent l'occasion de la dire, depuis que l'honneur que m'ont fait mes compatriotes limousins, en me plaçant à leur tête, m'a conduit à la présidence de l'Union amicale des présidents d'associations, c'est la fusion harmonieuse, au sein du grand Paris, dans l'unité nationale, des diverses provinces, chacune gardant, avec une juste fierté, ses mœurs, ses costumes pittoresques, son dialecte local, ses chants et ses danses. Ce sont ces idées que j'exprimais, il y a quelques semaines à peine, à M. le Président de la République, en lui présentant les Présidents de nos Unions et les gracieuses représentantes des Provinces, revêtues chacune des plus beaux atours de leur région.

Et je ne manquais pas d'attirer particulièrement son attention sur la reine des coiffures régionales, sur notre barbichet limousin porté, ce jour-là, avec une grâce infinie par la fille d'un de nos confrères et compatriotes limousins. Si je ne me trompe, ce dernier est dans la salle.

Ballet, si la mort ne nous l'eût enlevé, eût été à nos côtés dans cette belle manifestation.

Il ne m'appartient pas de célébrer ses titres scientifiques : c'est le régionaliste que je salue en lui.

J'ai voulu honorer le bon et fidèle Limousin, resté profondément attaché à sa petite patrie.

J'exprime à Mme Ballet, ici présente, ainsi qu'à son fils, sa fille et son gendre M. le docteur Glénard (que nous sommes heureux de compter au nombre des membres de notre conseil), ses deux frères dont l'un est un de vos distingués confrères et ses petits enfants, le souvenir ému que garde du professeur Ballet notre association tout entière.

Allocution du Dr Victor Ballet (d'Evian-les-Bains)

Mesdames, Messieurs,

Je ne voudrais pas laisser se terminer cette cérémonie, que vous avez su rendre si émouvante dans sa simplicité, sans accomplir ce que je considère comme un devoir.

Le geste que vous venez de faire, en élevant ce monument à la mémoire de Gilbert Ballet, a profondément touché ceux qui entretiennent un culte pieux de cette mémoire. Vous avez droit à toute leur reconnaissance ; et si je suis monté à cette tribune, c'est pour vous en offrir, tout au moins au nom des membres de la famille de Gilbert Ballet, l'expression la plus sincère.

Si vous traduire leur gratitude est une tâche douce pour moi, c'est aussi, je ne l'ignore pas, une tâche ardue.

Je ne me dissimule pas que, pour la mener à bien, il me faudrait faire une longue énumération afin de répondre au souci de n'oublier personne, dans la liste, de ceux qui, mus par un sentiment d'amitié ou de reconnaissance, ont tenu à apporter leur contribution à l'hommage rendu à Gilbert Ballet.

S'il me faut y renoncer, qu'il me soit permis, au moins, d'adresser à tous, connus ou inconnus, un remerciement sincère autant qu'ému.

Malgré que cette formule en dise long dans mon esprit, je ne puis cependant me dispenser d'arrêter quelques instants ma pensée sur ceux qui, ouvriers de la première heure ou collaborateurs de la fin, ont consacré et leur temps et leur peine à ériger ce monument et mis tout leur cœur à faire revivre la figure du maître ou de l'ami.

Messieurs, vous ne serez pas surpris si, quand j'évoque l'ensemble des concours divers, qui se groupèrent au premier appel des promoteurs de cette cérémonie, surgit tout d'abord dans ma pensée une grande figure limousine qui se détache avec toute l'auréole de la renommée qu'elle s'est si justement acquise

M. le Professeur d'Arsonval, en acceptant d'être le président d'honneur de votre Comité, a accordé un concours très précieux à l'œuvre qui s'achève ici. C'est à lui que, tout d'abord, iront nos remerciements.

Sous son haut patronage, M. le Professeur Raymondaud s'est attelé courageusement à la tâche qu'il n'a pas hésité d'as-

sumer, au soir d'une belle vie, merveilleusement remplie, qui se poursuit allègrement, au milieu de l'estime et de la vénération de nous tous.

Tout le poids de cette tâche a reposé sur ses épaules, que nous nous plaisons à voir toujours robustes. Il l'a remplie en lui consacrant sans hésiter et avec prodigalité et son temps et sa peine.

Pour la parachever, il vient de faire revivre, d'une façon saisissante, en même temps que très émouvante pour nous, le souvenir de Gilbert Ballet.

Je le prie de croire à notre grande, très grande, autant que sincère gratitude. Qu'il permette seulement que je laisse, en lui exprimant ces sentiments, ma pensée se reporter aussi sur les membres du Comité qui l'ont assisté, ainsi que sur les membres de l'Association générale des médecins de la Haute-Vienne, particulièrement sur le Dr Boussenot, qui furent les promoteurs de ce monument.

Le Congrès de neuropsychiatrie auquel Gilbert Ballet s'est toujours intéressé d'une façon si spéciale a bien voulu, en faisant de l'inauguration de ce monument une cérémonie de sa session, prouver quel souvenir vivace ont gardé ses membres de celui qui fut un de leurs présidents.

Déjà, dans une de ses dernières réunions, le Dr Semelaigne avait eu l'attention aussi touchante que délicate d'évoquer la mémoire de Gilbert Ballet en des termes tout empreints de la grande amitié qui l'unissait à lui. A ce geste très précieux pour nous, vous aviez bien voulu, Messieurs les membres du Congrès, accorder alors votre approbation unanime.

Il semble qu'aujourd'hui vous ayez voulu faire plus encore. Pèlerins de cette religion qu'est la science, vous allez chaque année de ville en ville tenir vos assises et communier dans le désir de vous avancer toujours plus avant sur le chemin de la vérité.

Aujourd'hui, sur ce chemin que fidèlement vous suivez sous l'éminente direction du Professeur Euzière, et guidés par le Dr René Charpentier, dont je ne saurais trop louer le dévouement et les efforts en cette circonstance, vous faites ici, au pied de ce monument, une station.

Ne soyez pas étonnés si votre acte prend une signification très haute à mes yeux ; j'y vois comme un acte de foi, en même temps que d'espérance de votre part ; de foi, en les qualités d'esprit et de cœur de celui dont vous êtes venus honorer

la mémoire ; d'espérance en cette cérémonie, en tant qu'elle peut être pour vous rénovatrice des sentiments que vous ont laissé vos relations ou vos attaches avec G. Ballet, qu'elle peut être conservatrice du souvenir de votre collègue disparu.

Je ne vous en remercierai pas. Je préfère vous laisser voir simplement l'émotion qu'a suscitée en moi votre démarche. Elle vous traduira beaucoup mieux que ne le feraient de simples paroles, quelque sincères qu'elles soient, les sentiments que j'éprouve en vous voyant ici.

Ai-je besoin d'ajouter que le beau panégyrique que le Professeur Euzière vient de prononcer de son prédécesseur à votre tête est pour beaucoup dans l'éclosion de ces sentiments.

La Faculté de Médecine, la Société médicale des Hôpitaux, la Société Médico-Psychologique, la Société de Neurologie, la Société de médecine légale, la Société d'Histoire de la médecine ont bien voulu s'associer à l'hommage rendu à celui qui fut un de leurs membres. Nous ne pouvons qu'être touchés de leur démarche, aussi bien que du choix qu'elles ont fait de leurs délégués.

Les docteurs Laignel-Lavastine, Comby, Marchand, Lévy-Valensi, Fribourg-Blanc, avec l'éloquence que vous avez pu apprécier, ont tour à tour fait revivre l'œuvre de Gilbert Ballet, retracé les étapes de sa vie scientifique, rappelé la considération dans laquelle leurs sociétés voulaient bien le tenir.

L'ensemble de leurs discours est en vérité une très belle gerbe, qu'ils ont déposée non sans émotion et quelque tristesse au pied de ce monument, gerbe où parmi tant de fleurs ils ont délicatement piqué ces fleurs rares que sont l'estime et l'amitié.

Qu'ils veuillent bien être l'interprète de la famille de G. Ballet auprès de leur compagnie respective et porter à chacune d'elles l'expression en même temps que l'assurance de nos sentiments particulièrement reconnaissants.

Qu'ils me permettent de leur dire aussi que nous avons été très touchés de l'empressement avec lequel ils ont accepté leur mission et surtout du cœur qu'ils ont mis à la remplir.

Les docteurs René Charpentier et Lévy-Valensi, au nom des élèves de Gilbert Ballet, ont apporté ici l'expression de la fidélité de leur souvenir au maître disparu, digne complètement du dévouement dont ils avaient prodigué les marques au maître vivant.

Vous avez, mes chers amis, montré combien étaient solides les attaches qui vous unissaient tous à G. Ballet, attaches faites

de compréhension mutuelle, de dévouement réciproque et surtout de confiance.

Ce mot d'élève se parait, dans l'esprit de votre maître, de la plus belle acception qui puisse lui être donnée, car il vous considérait tous, du plus petit au plus grand, comme de véritables collaborateurs.

Vous l'en avez amplement récompensé de son vivant, car de belles satisfactions lui sont venues de vous tous. L'hommage posthume, tout empreint de reconnaissance, que vous venez de lui rendre, est une nouvelle preuve de l'attachement que vous lui conservez. Soyez-en remerciés.

Je n'aurais garde d'oublier la charmante et touchante allocution de M. Talamon, qui est venu nous apporter le souvenir des Limousins de Paris. Nous avons été particulièrement sensibles à cet hommage de la petite colonie parisienne où G. Ballet aimait tant à aller retrouver le parfum du terroir natal.

Messieurs, je serais très incomplet dans la tâche que j'ai entreprise si je n'adressais pas, pour terminer, l'expression de nos respectueux remerciements, d'abord à M. le Préfet, qui a bien voulu grandement honorer de sa présence cette cérémonie en l'honneur d'un des nôtres, ensuite à M. le Sénateur Betoulle, maire de Limoges, qui, avec sa largeur d'esprit coutumière a, d'accord avec M. le Professeur Biais, permis que ce buste soit érigé devant l'Ecole de médecine de Limoges.

Messieurs, si Gilbert Ballet avait su pressentir le culte que vous lui rendez après sa mort, il est une attention, parmi toutes celles que vous avez à l'égard de sa mémoire, qui l'aurait particulièrement touché. C'est celle qui vous a fait choisir Limoges comme emplacement de son monument, Limoges, dans ce Limousin qu'il aimait tant, où il a désiré reposer dans son dernier sommeil, et dont il aurait pu dire ce que Maurice Barrès a dit un jour si joliment de la Lorraine : « Mon intelligence peut s'intéresser ailleurs, mais mon cœur y demeure toujours. »

N'était-il pas, au surplus, comme la synthèse vivante de ce pays et ne retrouvait-on pas comme le reflet de la solidité de granit de nos collines dans la fermeté de ses principes, de la douceur mélancolique de nos bruyères dans sa sereine philosophie, de l'aspect riant de nos vallées dans l'aménité de son caractère ?

S'il a désiré que sa dépouille mortelle reposât en terre limousine, en érigeant ce monument ici, à l'Ecole de médecine de Limoges, en faisant revivre son esprit en plein milieu intellec-

tuel limousin, vous avez complété d'une façon très élevée son désir.

Messieurs, vous avez fait autre chose encore. Vous vous êtes souvenu de la façon dont Gilbert Ballet s'est avancé dans le chemin de la vie. Vous vous êtes souvenu que, fils d'un modeste praticien de campagne, après un court séjour dans cette Ecole de Limoges qui fut pour lui véritablement « l'Alma mater » au sens le plus élevé du mot, il était parti, livré à ses propres forces, pour Paris, et que là, par son travail, son intelligence et son énergie, il s'était élevé à une situation à laquelle vous avez bien voulu reconnaître quelque valeur.

Vous avez ainsi senti que son exemple pouvait contenir un enseignement.

Et de fait, dans les jours qui vont venir, si parmi les étudiants qui, se rendant au travail, passeront près de ce buste, il en est qui, d'origine également modeste, lèvent les yeux sur lui, peut-être sentiront-ils que cette effigie, malgré son immuable silence, leur murmure quand même cette phrase : « A toi aussi cette ambition est permise. »

Et ainsi vous aurez fait que, si la voix du maître s'est tue, l'exemple de l'homme puisse encore prodiguer de précieux encouragements.

Messieurs, j'en ai fini. Je sens que je vous ai mal dit notre gratitude pourtant bien grande. Les paroles dont je me suis servi n'ont certes pas été d'argent, comme la parole du proverbe. A peine furent-elles d'un plomb vil. Mais, par contre, je crois pouvoir dire que le silence qui va suivre l'éclat de cette cérémonie sera vraiment d'or pour nous, tellement il sera rempli du souvenir ému autant que reconnaissant de ce que tous vous avez fait pour Gilbert Ballet, un des nôtres.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

RECEPTIONS et EXCURSIONS

En marge du Congrès, de nombreuses réceptions et excursions avaient été prévues.

Le lundi 25 juillet, après la séance solennelle d'ouverture de la 36e Session, M. Boudet, président, et MM. les membres de la Chambre de Commerce de Limoges, reçurent à la Chambre de Commerce les membres du Congrès. Après une très intéressante allocution de M. le Président de la Chambre de Commerce, le Professeur Euzière exprima la gratitude de tous et un vin d'Honneur fut offert aux membres du Congrès.

Le soir, à 21 heures 15, M. Bétoulle, sénateur-maire de Limoges, président du Conseil Général, entouré des Conseillers municipaux, et en présence de M. Stirn, préfet de la Haute-Vienne, reçut les Congressistes dans le bel Hôtel de Ville de Limoges. En termes charmants, il leur souhaita la bienvenue et leur offrit un vin d'honneur. Après une allocution de M. le Préfet et la réponse de M. le Professeur Euzière, président du Congrès, une soirée musicale, dans la salle des Fêtes de l'Hôtel de Ville, permit à tous d'applaudir les artistes du Conservatoire de musique de la ville de Limoges.

A la fin de l'après-midi du mardi 26 juillet, après une très intéressante visite des usines de porcelaine de Limoges, des cars automobiles portèrent les Congressistes vers la fraîche et jolie vallée du Taurion. Dans le cadre enchanteur du Château de Bort, le Vicomte et Mme de Sèze, avaient préparé l'accueil le plus cordial. Ils firent eux-mêmes les honneurs de ce magnifique château, de son parc splendide et de l'installation agricole modèle où l'on put admirer les plus beaux spécimens de l'élevage limousin.

Le mercredi 27 juillet, en une soirée pleine d'entrain offerte aux membres du Congrès par le Corps médical limousin, au nom duquel prit la parole M. le Dr Biais, Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie, les Congressistes entendirent un beau concert émaillé de vieux airs locaux et qui fut très applaudi. Une soirée dansante termina cette réception particulièrement réussie

Le jeudi 28 juillet, le dîner et la soirée primitivement offerts par la Commission administrative de l'Asile de Naugeat furent remplacés par un déjeuner, organisé par M. Dupas, Directeur de l'Asile, déjeuner qui eut lieu dans la nouvelle salle des Fêtes de

l'Etablissement et réunit environ 200 convives. Au cours de ce déjeuner prirent successivement la parole M. le Préfet de la Hte-Vienne, M. Thuilliat, président de la Commission administrative, M. le doyen Euzière et les délégués officiels présents. Avant et après, les Congressistes purent faire une visite rapide de l'Etablissement départemental et de son beau parc.

Enfin, le vendredi 29 juillet, dans les salons de l'Hôtel Central, le Président et les membres du Congrès eurent, à leur tour, le plaisir de recevoir toutes les personnalités limousines dont l'accueil si simplement cordial avait gagné les cœurs de tous et fait le succès du Congrès. Prolongée jusqu'à une heure avancée de la nuit, cette soirée dansante, conformément à ce qui tend à devenir la tradition de nos Congrès, fut rehaussée par la présentation de danses et de chansons anciennes du pays limousin. Très grand fut le succès des artistes amateurs de l' « Ecole du Barbichet ». C'est l'attrait particulier de ces soirées, en plus de la cordialité qui y règne toujours, que de faire revivre pour nos hôtes étrangers et pour nous-mêmes le charme des costumes et des anciennes coutumes de nos provinces françaises !

De nombreuses visites, au Musée Adrien Dubouché, sous la direction du très distingué Conservateur M. Alluaud, au Musée d'Echantillons sous la direction de M. Boudet, chez les Maîtres Emailleurs limousins, dans diverses usines de porcelaine de Limoges, dans des fabriques de chaussures, permirent à tous d'apprécier, en s'instruisant, les productions artistiques du Limousin et la qualité de ses industries.

Enfin, les organisateurs, parmi lesquels MM. Vignaud, Calmettes et l'Agence Exprinter, n'eurent garde d'oublier de reposer l'esprit par le spectacle d'une nature dont les vallons verdoyants aux lignes douces resplendissaient dans la pureté d'une atmosphère limpide. Ce fut d'abord, le jeudi 28 juillet, l'excursion à Saint-Junien, aux bords de la Glane et au Rocher de Corot avec la visite du musée régionaliste de Jean Teilliet. Le vendredi 29 juillet, au cours d'une excursion très réussie à Solignac, Uzerche, Le Glandier, Pompadour, les Congressistes purent, grâce à l'amabilité de M. le Directeur des Haras, admirer les superbes étalons anglo-arabes nés à Pompadour et un splendide attelage à quatre de Percherons. Ils eurent ensuite l'agréable surprise d'être magnifiquement reçus par le Dr Comby, médecin honoraire des Hôpitaux de Paris, Mme Comby et Mlle Comby, externe des Hôpitaux de Paris, dans leur délicieuse propriété du Bos-Vieux. Une trentaine de jeunes filles et de fillettes, en barbichet et costume local, chantèrent pour eux en patois limousin des romances tour à tour sentimentales et finement ironiques dont l'interprétation fut charmante. Un goûter somptueux servi sur une ter-

rasse ombragée de ces châtaigniers dont le Limousin tire un orgueil légitime termina cette fête dont le caractère familial et régional fit la joie de tous.

Enfin, la semaine se termina, le samedi 30 juillet, par une excursion vers les Gorges du Taurion, Chatelus, la Creuse, Crozant, le barrage d'Eguzon, Gargilesse, excursion qui fit apprécier à ceux qui l'ignoraient encore l'âpre beauté des paysages creusois.

XXXVIIe SESSION DU CONGRES
des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française

---

La XXXVIIe Session du *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française* se tiendra à *Rabat* (Maroc), du 5 au 12 avril 1933.

Président : M. le Professeur Georges GUILLAIN, de Paris.

Vice-Président : M. le Docteur L. LAGRIFFE, Médecin-Directeur de l'Asile de Quimper (Finistère).

Secrétaire général : M. le Docteur René CHARPENTIER, de Neuilly-sur-Seine (Seine).

Secrétaire annuel : M. le Docteur DE LABRETOIGNE DU MAZEL, Médecin-Directeur du Centre psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc).

Trésorier : M. le Docteur VIGNAUD, de Vanves.

Les questions suivantes ont été choisies par l'Assemblée générale du Congrès pour figurer à l'ordre du jour de la XXXVIIe session.

PSYCHIATRIE : *Les Encéphalites psychosiques.* — Rapporteur : M. le Docteur L. MARCHAND, Médecin-Chef à l'Asile-Clinique (Sainte-Anne).

NEUROLOGIE *: Les Ataxies.* — Rapporteur : M. le Docteur Raymond GARCIN, Médecin des Hôpitaux de Paris.

MÉDECINE LÉGALE : *Conséquences médico-légales des Amnésies Traumatiques. — Rapporteur :* M. le Docteur Paul ABÉLY, Médecin-Chef du Service des aliénés difficiles à l'Asile de Villejuif (Seine).

N. B. Les *inscriptions* sont reçues par le Dr VIGNAUD, *trésorier,* 2, rue Falret, à Vanves (Seine).
Les membres titulaires de l'Association, versent une cotisation

annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être membre titulaire, il faut être Docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité.

En plus des membres titulaires, peuvent être inscrits à chaque session des membres adhérents et des membres associés. Le prix de la cotisation est de 80 francs pour les *membres adhérents* et de 50 francs pour les *membres associés*.

Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la 37e Session inscrits avant le 15 février 1933 recevront les rapports dès leur publication.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉLIMINAIRES

SÉANCE INAUGURALE

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Discussion

RAPPORT DE NEUROLOGIE

Discussion

RAPPORT D'ASSISTANCE

Discussion

COMMUNICATIONS D VERSES

Communications de psychiatrie

Communications de neurologie

Communications d'assistance et de thérapeutique

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Assemblée générale du Congrès

Cérémonie d'inauguration du buste du Professeur Gilbert Ballet

---

Cahors, Imprimerie Coueslant *(personnel intéressé)*. — 44.935

